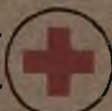
CENA 50 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Listopad 1949 Nr 11



WYDAWCA POLSKI  CZERWONY KRZYŻ

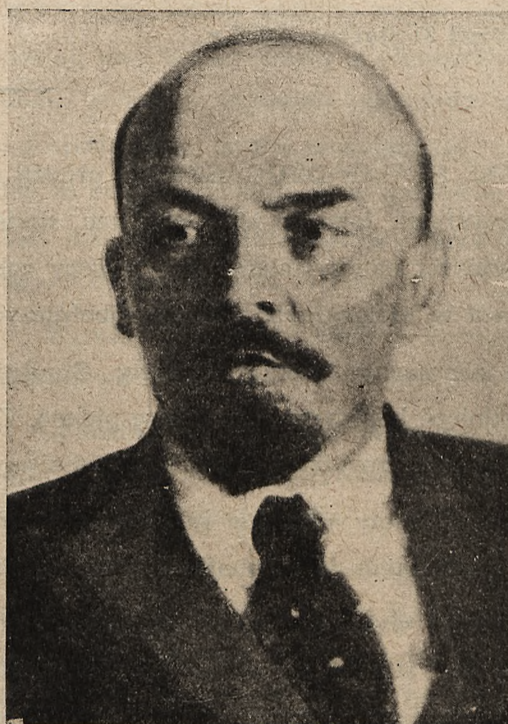
REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Listopad 1949 Nr 11





WŁODZIMIERZ ILJICZ ULIANOW LENIN, twórca bolszewizmu i pierwszego na świecie państwa socjalistycznego, urodził się dnia 10 kwietnia 1870 r.

Już jako siedemnastoletni chłopiec otrzymał swój chrzest rewolucyjny w pierwszym starciu z absolutyzmem carskim i odtąd całe swe życie niepodzielnie poświęcił sprawie wyzwolenia mas pracujących od ucisku i wyzysku, sprawie walki z kapitalizmem.

Partia bolszewicka, założona przez Włodzimierza Lenina i przez niego prowadzona pod ciosami caratu, zwycięsko zatknęła sztandar Października nad całym krajem radzieckim, łamiąc opór wrogów i utrwalając panowanie mas pracujących na obszarze 1/6 kuli ziemskiej.

Twórca Międzynarodówki Komunistycznej, wódz i nauczyciel klasy robotniczej był wodzem nowego typu — prostym i skromnym, ściśle związanym z masami prostych i skromnych ludzi.

Posługując się potężnym orężem proletariatu — rewolucyjnym marksizmem, Lenin, niedościgniony mistrz dialektyki materialistycznej obalał stare i przeżyte poglądy, służące kapitalizmowi do ujarzmiania klasy robotniczej świata.

Nie ma dziedziny wiedzy i praktyki będącej w związku z wyzwoleńczą walką klasy robotniczej, której by Lenin nie wzbogacił wspaniałymi ideami.

Na podstawie doświadczeń nowej epoki Lenin rozwinął marksizm, wzniósł go na wyższy szczebel, stał się twórcą — leninizmu, czyli „marksizmu epoki imperializmu i rewolucji proletariackiej".

Całe swoje życie bez zastrzeżeń Lenin oddał sprawie wyzwolenia robotników i chłopów spod ucisku kapitału, sprawie budowy socjalizmu.

Zmarł 21 stycznia 1924 r.

JÓZEF STALIN-DŻUGASZWILI urodził się 21 grudnia 1879 r. Do ruchu rewolucyjnego przystąpił, jako 15-letni chłopiec, student seminarium duchownego. Pierwszymi jego rewolucyjnymi nauczycielami byli tyfliscy robotnicy kolejowi, a pierwszą szkołą rewolucyjną — praca w nielegalnych kołach robotniczych.

Z seminarium zostaje usunięty. Studiuje filozofię, ekonomię polityczną, historię, nauki przyrodnicze i klasyczną literaturę piękną. Zdobywa wykształcenie marksistowskie, staje się wybitnym pracownikiem tyfliskiej organizacji socjal-demokratycznej.

Przesiąknięty wiarą w rewolucyjny geniusz Lenina, zostaje jego cennym współpracownikiem, a następnie kontynuatorem jego dzieła.

Poprzez walkę z caratem, ogromną pracę nad zwycięską rewolucją proletariacką, prześladowany i skazywany na zesłania, Józef Stalin dąży do urzeczywistnienia idei wyzwolenia ludu rosyjskiego z niewoli absolutyzmu i kapitalizmu. Rewolucja w Rosji staje się faktem. Teraz przed bolszewikami stają nowe wielkie zadania: utrzymanie i umocnienie władzy radzieckiej, walka z obcymi interwentami i własnymi elementami burżuazyjno-obszarniczymi, a wreszcie budowa nowego, silnego państwa, wzmocnienie jego gospodarczego potencjału i organizacja sił obronnych — Czerwonej Armii. Józef Stalin walczy i buduje.

Gdy państwa kapitalistyczne, zaniepokojone sukcesami socjalistycznego budownictwa w Związku Radzieckim próbują poprzez „piątą kolumnę" zahamować rozwój Państwa Rewolucji, Józef Stalin demaskuje zarówno obcych, jak i wewnętrznych wrogów leninizmu. Usuwa wszystko, co stać się może słabością socjalistycznego państwa, bogaci je w siłę i dobrobyt.

Gdy w 1941 r. Niemcy napadły na Związek Radziecki nie było już innego wroga, tylko wróg zewnętrzny, państwo radzieckie było silne gospodarczo i politycznie.

I JÓZEF STALIN POPROWADZIŁ LUD RADZIECKI DO ZWYCIĘSTWA.

W ROCZNICĘ...

ZWYCIĘSKA REWOLUCJA LISTOPADOWA pod wodzą Lenina i Stalina rozpoczęła nową erę w dziejach ludzkości.

Dzięki geniuszowi Wodzów Rewolucji, dzięki niesłychanemu bohaterstwu rosyjskiego robotnika i chłopa walczącego w szeregach Armii Czerwonej przeciw kontrrewolucyjnym bandom carskich generałów, popieranych przez zagraniczny kapitał, na niezmierzonych obszarach Rosji zapanował inny ustrój, dający upragnioną wolność milionom różnojęzycznych ludów.

Rewolucja Listopadowa zwyciężyła, bo potrafiła uniknąć błędów poprzednich rewolucji, bo nie dzieliła władzy z burżuazją, bo zdobytej władzy nie dała sobie wydrzeć, bo wreszcie wokół swych haseł potrafiła skupić wszystkich ludzi, którym dała wolność, pracę, chleb i pokój.

Rewolucja Listopadowa wyzwoliła 170 milionów ludzi z ucisku klasowego, to znaczy zniosła wyzysk człowieka przez człowieka, wyzwoliła przeszło 60 narodów żyjących na przestrzeni jednej szóstej kuli ziemskiej z ucisku carskiej Rosji, zwaliła rządy despotyczne i na miejsce imperium rosyjskiego stworzyła Związek Republik Rad.

Rewolucja Listopadowa wyzwoliła w ludziach olbrzymie siły twórcze, które pozwoliły w krótkim czasie na zasadnicze i planowe przekształcenie gospodarki w kraju, który był najbardziej zacofanym w Europie. Związek Radziecki stał się państwem o wysoko rozwiniętym przemyśle, wysokiej produkcji, państwem, którego dobrobyt narodowy wzrósł w r. 1940 pięciokrotnie w stosunku do 1913 roku, co oznacza poważny wzrost konsumpcji i poważne polepszenie sytuacji materialnej narodów radzieckich.

Bohaterstwo i wyrzeczenie się w pierwszym najtrudniejszym okresie wojny domowej i walki z obcą interwencją, trudności odbudowy zniszczonego kraju, następnie gigantyczny rozmach budownictwa socjalistycznego, wreszcie znów bohaterstwo wielkiej wojny ogólnonarodowej, zwycięskiej wojny z niemieckim najazdem, w końcu wspaniała odbudowa zniszczeń i gospodarki w okresie powojennym — wszystkie te etapy wskazują, że w państwie Radzieckim działają wspólnie wszyscy obywatele i że są oni świadomi tego co tworzą.

W roku 1917 na II Zjeździe Sowietów, Lenin mówił:

„Państwo jest silne, gdy masy wszystko wiedzą, o wszystkim mogą wyrobić sobie zdanie i na wszystko idą świadomie“...

Pokrycie tych słów dały 32 lata istnienia władzy radzieckiej. W Związku Radzieckim przez zniesienie wyzysku człowieka przez człowieka stworzono warunki dla pełnego rozwoju jednostki, ponieważ każdy bierze świadomie udział w pracy dla społeczeństwa, każdy ma możność wyboru pracy odpowiadającej jego zdolnościom i pozwalającej na pełny rozwój własnych możliwości, każdy ma faktyczny dostęp do kultury i wykształcenia.

Przemiany społeczne w Związku Radzieckim pozwoliły na dokonanie nie tylko olbrzymich zmian materialnych, ale umożliwiły również postęp kultury, oświaty, nauki i sztuki na całym obszarze byłego imperium rosyjskiego, oraz wykazały olbrzymią troskę o człowieka, troskę, wyrażającą się wspaniałą i sprawną organizacją służby zdrowia, dziesiątkami tysięcy szpitali,

domów zdrowia, ośrodków zdrowia, żłobków, licznymi ośrodkami wypoczynkowymi i wielu innymi osiągnięciami, które służą za wzór całemu światu.

Przemiany społeczne pozwoliły również na szeroki rozwój indywidualności, poczucia własnej godności i własnego znaczenia milionom i dziesiątkom milionów ludzi pracujących, którzy bez tych przemian nie mogliby się nigdy rozwinąć w podobny sposób.

Rewolucja Październikowa posiadała decydujące znaczenie dla odrodzenia niepodległej Polski w roku 1918. Przez ostateczne zdruzgotanie caratu, zerwanie z zaborczą polityką burżuazji rosyjskiej, i jasny pozytywny stosunek do kwestii niepodległości Polski. 29 sierpnia 1918 roku Rada Komisarzy Ludowych uchwaliła dekret, w którym m. in. czytamy:

„Wszystkie układy i akty, zawarte przez rząd byłego cesarstwa rosyjskiego z rządami królestwa pruskiego i monarchii austro-węgierskiej, dotyczące rozbiorów Polski, wobec tego, iż są one sprzeczne z zasadą samostanowienia narodu i rewolucyjną świadomością prawną ludu rosyjskiego, który uznał nieodłączne prawo narodu polskiego do jedności i niepodległości, niniejszym zniesione zostają na zawsze".

Rewolucja Październikowa przyczyniła się pośrednio również do powstania niepodległej Polski przez spotęgowanie walki rewolucyjnej w Europie, walki, która spowodowała osłabienie obozu imperialistycznego i przekształcenie się imperium Niemiec i Austrii w republiki demokratyczne. Rewolucja Październikowa przynosząc wyzwolenie społeczne i narodowe własnemu ludowi przeciwstawiła się wszystkiemu co krępowało i dławiło swobodę innych narodów i dlatego wielkość jej dorobku nie da się zamknąć w granicach Związku Radzieckiego. Dorobek ten w ciągu 32 lat był drogowskazem dla wszystkich, którzy walczyli przeciw krzywdzie społecznej, przeciw uciskowi kolonialnemu i narodowemu.

I dziś, kiedy nad światem zawisła groźba dyktatury imperializmu anglo-amerykańskiego, Związek Radziecki jest decydującym ośrodkiem, dokoła którego skupiają się wszystkie siły postępu z wiarą i głębokim przeświadczeniem, że potrafią ocalić cywilizację i uratować pokój.



DR J. FRUHAUFOWA
Ordynator Oddz. Zakaźnego
Szpitala im. Karola i Marii
w Warszawie

Epidemia płonicy i jej zwalczanie

EPIDEMIA płonicy trwa w Warszawie nieprzerwanie od 1947 r. i jeszcze obecnie nie słabnie a nawet w jesieni 1949 r. wzmaga się.

Szpitalne oddziały płonicze stale są pełne i nie mogą zapewnić miejsca wszystkim przypadkom tej choroby. Na szczęście jest to epidemia lekka, wykazująca małą śmiertelność i małą liczbę ciężkich powikłań, jak ropnych zapaleń uszu, węzłów limfatycznych i zapaleń nerek. Jest to epidemia tak lekka, że np. prof. Szenajch powiada, iż „płonica jest obecnie inną chorobą aniżeli była przed dwudziestu laty". Istotnie tak jest, bo jeżeli przejrzymy prace naukowe na temat płonicy z przed dwudziestu lat, to widzimy, że w 1926 r. przychodziło do szpitala 10% dzieci z płonicą lekką, 45%— ze średnio - ciężką i 45% — z ciężką lub bardzo ciężką. Śmiertelność wśród dzieci do lat 2 za okres 1913—1926 wynosi 57%. W liczbach bezwzględnych przedstawia się to tak, że z 73 dzieci do lat 2 zmarło na płonicę w tym czasie 42. Obecnie przybywa do nas 68% lekko chorych, 25% — średnio - ciężko, 6% — ciężko chorych i 1% bardzo ciężko chorych. Śmiertelność z powodu płonicy wynosiła w 1947 r. 0,3%, a w Szpitalu im. Karola i Marii w ostatnich dwóch latach 0,38%.

LEKKI PRZEBIEG

Lekki przebieg epidemii obecnej ma swoje dobre i złe strony. Dobre przeważają, bo najważniejsza jest niska śmiertelność. Złe strony lekkiej epidemii leżą w tym, że wiele lekkich przypadków płonicy ulega przeoczeniu, a chorzy, nie będąc chorymi obłożnie, prowadzą zwykły tryb życia i stają się siewcami zarazków wszędzie gdzie się pojawią. Często się zdarza, że dopiero łuszczenie skóry, stwierdzone w 3. lub 4. tygodniu choroby, naprowadza na myśl, że niedomaganie, czy krótkotrwały ból gardła przed 3 tygodniami, to był początek płonicy. Może to być jedna z przyczyn trwania epidemii przez tak długi czas.

Pomimo swej lekkości, obecna epidemia jest bardzo uciążliwa ze względu na konieczność przetrzymywania chorych na płonicę przez 6 tygodni w szpitalu, chociaż stan choroby częstokroć nie wymaga opieki lekarskiej, bo właściwie dzieci są już zdrowe. Powodem przetrzymywania chorych w szpitalu przez 6 tygodni jest obawa przed zarażeniem otoczenia.

Jeszcze ogólnie pokutuje przeświadczenie, że płonica jest najbardziej zaraźliwa w okresie łuszczenia. Przeświadczenie to jest mylne, okazało się bowiem ponad wszelką wątpliwość, że najwięcej zaraźliwa jest płonica we wczesnym okresie choroby, a łuski są zaraźliwe tylko wtedy, kiedy zanieczyszczone są wydzieliną z jamy nosowo-gardzielowej, zawierającej zarazki płonicy.

SPÓR O BAKTERIĘ

Za zarazek płonicy został uznany przez większość bakteriologów paciorkowiec hemolizujący, odkryty w 1878 r. przez LOEFFLERA. Później okazało się, że paciorkowce hemolizujące, wywołujące płonicę, nie zawsze mają identyczne cechy. Mogą one mieć różne właściwości chemiczne, względnie immunologiczne, co stało się podstawą do podzielenia ich na grupy, a w obrębie tych grup na typy. Według Joffe'go *nie ma paciorkowca hemolizującego, którym by był odpowiedzialny za wywołanie płonicy na całej kuli ziemskiej, lecz poszczególne typy paciorkowca hemolizującego mogą przechodzić w inne.* Inni bakteriolodzy twierdzą, że *paciorkowiec hemolizujący jest drobnoustrojem towarzyszącym przesączalnemu wirusowi, który ma być prawdziwym zarazkiem płonicy.* W każdym razie paciorkowiec hemolizujący, czy to jako istotny zarazek, czy też jako towarzyszący zarazkowi innemu odgrywa w płonicy wybitną rolę. Wytwarza on toksynę, odkrytą w 1906 r. przez GABRYCZEWSKIEGO. Właściwości tej toksyny poznali małżonkowie DICK w roku 1924 i dowiedli, że organizm reaguje na nią swoiście. Po doskórnym wstrzyknięciu toksyny powstaje odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia i nacieku, większy lub mniejszy zależnie od właściwości osobnika. Jest to tak zwany *odczyn Dick'a;* obecnie wykonuje się go odpowiednio miareczkując, by w ten sposób określić nie tylko wrażliwość danego osobnika, ale nawet stopień tej wrażliwości.

Coraz głębiej wdziera się wnikliwy umysł ludzki w proces chorobowy, jednak zdobyte dotychczas wiadomości nie dają podstaw do opanowania epidemii płonicy tak, jak się udało opanować epidemię ospy prawdziwej, przez szczepienia Jennera. Skutecznych szczepień przeciw płonicy dotychczas nie ma, ale prawdopodobnie już wkrótce broń ta się znajdzie.

GDY SIĘ STOSUJE PENICYLINĘ

Epokowe odkrycie penicyliny dało poważny środek do walki z paciorkowcem hemolizującym. Penicylina hamuje silnie wzrost tych zarazków *in vitro* i zastosowana w dość dużych ilościach w płonicy, niszczy paciorkowiec hemolizujący w jamie nosowo-gardzielowej. Dokładne badania bakteriologiczne i kliniczne przeprowadził w Danii TARBEN JERSILD. Wykazał on, że dzieci chore na płonicę leczone penicyliną (stosowaną 2 razy dziennie w ilości 90—150 tysięcy jednostek oxfordzkich w ciągu 6 dni) zostają na dłuższy czas pozbawione paciorkowca hemolizującego, a wypisane ze szpitala po 8—10 dniach do domu nie zarażają otoczenia wcale, albo rzadziej niż dzieci wypisane ze szpitala po 42 dniach pobytu. Ponadto penicylina likwidując szybko ognisko zapalne broni przed wystąpieniem powikłań płonicy lub leczy powikłania, które już powstały w początku choroby.

W Polsce sprawdziliśmy wyniki Tarben Jersilda w kilku ośrodkach epidemii płonicy (Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź) i naogół wyniki nasze zgadzają się z wynikami Duńczyków. I u nas dzieci po 6-dniowym leczeniu penicyliną wypisane ze szpitala po 10 dniach pobytu nie zarażały otoczenia częściej, aniżeli dzieci wypisane ze szpitala po 42 dniowym pobycie. Dzieci te pokonywały chorobę łatwiej, miały rzadziej i mniej powikłań, niż dzieci leczone bez penicyliny. Obecnie na II Klinice Pediatrycznej i w Szpitalu Św. Stanisława leczy się wszystkie dzieci chore na płonicę w sposób wyżej podany i obserwuje się te dzieci po wypisaniu, czy nie staną się źródłem infekcji. Jeżeli ilość obserwacji będzie dostatecznie duża do wyciągania wniosków, zmieni się być może rozporządzenie o konieczności pobytu dzieci chorych na płonicę w szpitalu przez 6 tygodni.

Z badań bakteriologicznych wykonanych u nas wynika, że penicylina stosowana w sposób wyżej podany wyjaławia w 82% jamę nosowo-gardzielową z paciorkowca hemolizującego, natomiast dzieci, po 5 tygodniowym pobycie w szpitalu wykazują obecność paciorkowca hemolizującego w jamie nosowo-gardzielowej w tej samej ilości co w chwili przybycia do szpitala, a więc jeżeli paciorkowiec hemolizujący jest istotnie zarazkiem wywołującym płonicę, to dzieci, które były nawet 6 tygodni w szpitalu, muszą zakażać otoczenie częściej, niż dzieci leczone penicyliną, a wypisywane po 10 dniach.

Co to jest 6-tygodniowy pobyt w szpitalu dla dziecko prawie zdrowego, wiedzą dobrze wszystkie pielęgniarki. Codzienne pytanie „kiedy ja pójdę do domu?" jest dręczące dla obu stron; przykre jest również, gdy małe dziecko, które przywykło przez 6 tygodni do szpitala, gdzie czuło się dobrze, nie chce iść do swojej, zapomnianej już matki.

Wprowadzenie leczenia penicyliną na stałe zmieni dotychczasowy stan rzeczy. Oczywiście tak przedstawia się sprawa do chwili obecnej. Czy tak będzie później, kiedy bakterie przyzwyczają się do penicyliny (co przewidują obecnie niektórzy uczeni) i czy penicylina będzie równie skutecznym środkiem w ciężkiej epidemii płonicy — nie możemy jeszcze przewidzieć. W obecnych okolicznościach leczenie płonicy metodą Torbena Jersilda — penicyliną, jest niewątpliwie korzystne zarówno dla chorych dzieci jak i dla gospodarki szpitalnej.

J. Frühaufowa

MARIA WILKOŃSKA
Pielęgniarka Ubezp. Społ. Warszawa

Pielęgnowanie przy płonicy

PRZYPOMNIENIE

Chorobę wywołuje zarazek przesączalny przy obecności paciorkowca hemolitycznego. W r o t a z a k a ż e n i a: jama ustna. Zakażenie k r o p e l k o w e (bezpośrednie) lub przez zakażone przedmioty (rękami do ust). O k r e s w y l ę g a n i a 1—8 dni. Przebieg, zależnie od zjadliwości zarazka, bardzo różny: od postaci zupełnie łagodnych do septycznych, z groźnymi powikłaniami.

P o c z ą t e k choroby nagły, dreszcze, mdłości, u dzieci z reguły wymioty, ból i zaczerwienienie gardła, język malinowy z zaznaczonymi brodawkami. Po kilku godzinach ostra wysypka, szczególnie silna na tułowiu, ciało rozpalone, od skóry chorego promieniuje gorąco. Po paru dniach objawy łagodnieją ,wysypka zanika, temperatura spada litycznie; po 7—10 dniach rozpoczyna się łuszczenie, które trwa do 4 tygodni. Choroba podlega obowiązkowi zgłoszenia do Urzędu Sanitarnego (względnie lekarza powiatowego). Izolacja 6-tygodniowa.

P o w i k ł a n i a: wrzodziejące zapalenie gardła lub jamy ustnej, zapalenie gruczołów podszczękowych, ucha środkowego, mięśnia sercowego, nerek.

Choroba atakuje przeważnie dzieci, dorośli chorują rzadko, lecz ciężej. Nie wszyscy są podatni na zachorowanie. Skłonność u dzieci wykrywa się doskórnym o d c z y n e m D i c k ó w; u dzieci skłonnych stosuje się w czasie epidemii szczepienia ochronne.

IZOLACJA

Najwłaściwiej jest, gdy pacjent okres choroby oraz izolacji przebywa w szpitalu, gdzie warunki zarówno leczenia, pielęgnowania, jak i odosobnienia są najkorzystniejsze. W niektórych wypadkach jednak (przepełnienie oddziałów szpitalnych, lekki przebieg choroby, dobre warunki mieszkaniowe i wystarczająca opieka) władze sanitarne zezwalają na pozostawienie pacjenta w domu. W tym wypadku obowiązuje przystosowanie mieszkania tak do potrzeb chorego, jak do izolacji wewnątrzmieszkaniowej. Domownicy nie mogą chodzić do pracy. Przepis ten szczególnie rygorystycznie odnosi się do osób stykających się w pracy z dziećmi (personel szkolny, przedszkoli, żłobków itp.). Po skończonej chorobie obowiązuje d o k ł a d n a, całkowita dezynfekcja mieszkania.

Gdy chory na skutek ustalonego rozpoznania zostaje zabrany do szpitala, kolumna sanitarna przeprowadza od razu dezynfekcję mieszkania, a osoby, które stykały się z chorym obowiązuje parodniowa kwarantanna.

Szpitalne oddziały płonicze muszą być o d i z o l o w a n e od pozostałych oddziałów, najlepiej w osobnym budynku, ewentualnie na innym piętrze; muszą więc posiadać wszelkie potrzebne urządzenia własne i pomieszczenia pomocnicze.

Personel, który pracuje na oddziałach płoniczych nie może wychodzić w swych fartuchach poza oddział. Przed wyjściem z oddziału należy (przy drzwiach wyjściowych) zostawić fartuch, wieszając go lewą stroną do środka i umyć ręce w płynie dezynfekcyjnym (sublimat, lizoform). W niektórych zakładach przy drzwiach leży wycieraczka przepojona płynem dezynfekującym; wychodząc wyciera się o nią obuwie.

Chorzy nie mogą przynosić na oddział prywatnych rzeczy, szczególnie takich, które trudno jest wydenzyfekować. Prywatna odzież nowoprzybyłych musi być zdezyfekowana i złożona w magazynie do czasu wyjścia chorego ze szpitala. Brudną bieliznę oddziałową należy dostarczać do pralni szpitalnej w zamkniętych wózkach lub koszach.

PIELĘGNOWANIE

a) **Stworzenie właściwych warunków.**

W związku z przebiegiem choroby, której stan ostry trwa około 1 tygodnia, a resztę czasu chory jest już właściwie rekonwalescentem — oddział płoniczy powinien mieć przynajmniej 4 p o d o d d z i a ł y:

1. dla stanu początkowego, ostrego;
2. dla powikłań;
3. dla rekonwalescentów dorosłych i
4. dla rekonwalescentów-dzieci.

Właściwe pielęgnowanie odnosi się przede wszystkim do dwuch pierwszych wypadków, w pozostałych należałoby stworzyć warunki raczej domowe, które łatwiej pozwoliłyby przebyć nużący okres izolacji. Jeśli chodzi o dzieci, które zazwyczaj bardzo prędko przychodzą do siebie i zaraz po spadku temperatury z podwójną energią pragną odrobić dni przymusowego leżenia — oddzielenie ich od chorych, wymagających spokoju oraz dorosłych, wolniej wracających do zdrowia, jest niezbędne.

Sale chorych ze względu na znaczną przewagę młodocianych pacjentów stale odkrywających się w nocy, powinny być dobrze ogrzane. Właściwe wietrzenie, sprzątanie, obowiązujący regulamin i rozkład dnia powinny być p r z e s t r z e g a n e z c a ł ą d o k ł a d n o ś c i ą.

b) **Pielęgnowanie właściwe.**

W pierwszym okresie specjalnie troskliwie pielęgnujemy j a m ę u s t n ą (oczyszczanie 2% kwasem bornym, pędzlowanie boraksem z gliceryną, lub mieszanką tinct. myrrhae, rataniae, galarum aa).

Przy zanikaniu wysypki występuje przykre s w ę d z e n i e s k ó r y; łagodzi je przypudrowanie talkiem. Ł u s z c z e n i e rozpoczyna się około 10 dnia pękaniem naskórka na opuszkach palców, następnie łuszczenie całymi płatami obejmuje całe ciało (najdłużej utrzymuje się na piętach i nad piętami). W tym czasie, o ile nie ma żadnych zastrzeżeń stosuje się co

kilka dni ciepłą kąpiel, która przyśpiesza łuszczenie. Po każdej kąpieli chory bezwzględnie powinien około 1 godziny poleżeć w łóżku.

Znając komplikacje przyszkarlatynowe należy chorego cały czas dokładnie obserwować i nie lekceważyć jego skarg, mogących zwiastować powikłania. Dla kontroli nerek, co 7—10 dni posyła się mocz pacjenta do badania na białko i osad. Jest to zwykłe, stałe zlecenie, odnoszące się do wszystkich pacjentów.

Dieta początkowo (przy podniesionej temperaturze) — płynna, potem lekka bez soli i mięsa; bardzo wskazane jest mleko we wszystkich postaciach i potrawy witaminowe.

W początkowym stadium choroby lekarze stosują zazwyczaj sulfamidy, nie wszyscy chorzy jednak dobrze je znoszą; już po kilku, kilkunastu tabletkach tracą apetyt, zjawiają się zaburzenia żołądkowe, o czym trzeba natychmiast zawiadomić lekarza.

Zdobycz ostatnich lat — penicylina znakomicie pomaga w leczeniu płonicy. Stosowana w ciężkich przypadkach doskonale zmniejsza zjadliwość zarazków i zapobiega tym samym powikłaniom (niejednokrotnie groźniejszym od samej choroby), stosowana przy powikłaniach — likwiduje je. Penicylina stosowana u osób, które stykały się z chorym zapobiega wybuchowi choroby również przez zmniejszenie zjadliwości zarazków.

c) **Opieka nad ozdrowieńcami.**

Pielęgniarka, mająca pod swoją opieką ten pododdział powinna mieć, względnie wyrobić w sobie, zdolności „świetliczanki". Umiejętne zajęcie dzieci i dorosłych stanowi istotę tej opieki. Oddział powinien mieć zabawki oraz książki dla dorosłych i młodzieży. Zaprowadzenie biblioteczki oddziałowej nie jest rzeczą trudną, gdyż rodziny często przysyłają swoim bliskim książki, z tym, żeby zostały one na stałe na oddziale.

ZWALNIANIE REKONWALESCENTÓW ZE SZPITALA

Bezpośrednio po higienicznej kąpieli rekonwalescent otrzymuje czystą odzież prywatną i wychodzi od razu na niezakaźną część szpitala. Nie wolno mu zabierać z oddziału żadnych papierów, listów itp. ani innych przedmiotów własnych, które nie dadzą się wygotować lub umyć w płynie dezynfekującym.

DEZYNFEKCJA KOŃCOWA

Dezynfekcja końcowa obowiązuje w mieszkaniu chorego po skończonej chorobie, w szpitalu zaś przy likwidacji oddziału. Do tego celu stosuje się pary formaliny. Wszystkie rzeczy powinny być możliwe pojedynczo porozwieszane, materace luźno zrolowane, książki otwarte wachlarzowato.

Przy rozpylaniu roztworu kresolu — jeden ze sposobów dezynfekcji ogólnej — najlepiej jest materace, koce, poduszki wyjałowić w dezynfektorze, natomiast książki wartościowe przeprasować kartka po kartce gorącym żelazkiem, zaś mało wartościowe — spalić.

Maria Wilkońska

HELENA CZUPIDER

IZBA PRZYJĘĆ SZPITALA ZAKAŹNEGO

Oprócz zwykłego wyszkolenia pielęgniarskiego praca pielęgniarki w Izbie Przyjęć szpitala zakaźnego wymaga specjalnej dokładności, znajomości przepisów administracyjnych, taktu w obcowaniu z ludźmi, a poza tym jeszcze znajomości chorób zakaźnych. Ten rodzaj pracy częściej naraża pielęgniarki na zakażenie, ponieważ mają tu do czynienia z chorymi zakaźnie, którzy przybywają do szpitala nierzadko w stanie zupełnego zaniedbania. Dokładna czystość chorego, a szczególnie skrupulatne odwszenie gwarantują należytą czystość szpitala, a tym samym bezpieczeństwo personelu, pracującego na salach chorych.

Szpital zakaźny przyjmuje chorych w zasadzie tylko w ciągu dnia, w nocy zaś wyłącznie wypadki nagłe, względnie ofiary zatrucia — przyprowadzone przez milicję.

PRACE WSTĘPNE

Na wstępie, pielęgniarka dyżurująca w Izbie Przyjęć sprawdza przekazy z jakimi chorzy przybywają. Przyjmuje się skierowanych przez

Ubezpieczalnię Społeczną, Miejską Pomoc Lekarską, Opiekę Społeczną, prywatnych lekarzy lub na podstawie przekazów gminnych. Jeżeli jednak u chorego stwierdza się dur plamisty lub brzuszny, szpital obowiązany jest przyjąć go nawet bez przekazu i wtedy chory leczony jest na koszt Ministerstwa Zdrowia.

Zanim lekarz dyżurny przystąpi do badania, pielęgniarka mierzy choremu temperaturę. Jeżeli badanie nie wykaże ostrej choroby zakaźnej, lecz przewlekłą, np. gruźlicę, wówczas odsyła się chorego do innego szpitala lub kieruje się na właściwy oddział. Jeżeli jednak chory skierowany jest przez Wydział Sanitarny i przywieziony specjalną karetką dla zakaźnych, to bez względu na wynik badania, chory taki musi być przyjęty.

W razie gdy lekarz zadecyduje przyjęcie chorego, pielęgniarka wpisuje do **księgi głównej:** imię i nazwisko chorego, datę i miejsce urodzenia, stan cywilny, adres, zawód, na czyj koszt będzie leczony, rozpoznanie (ołówkiem) i datę przyjęcia. Te same dane wpisuje do skorowidza. Następnie trzeba wypełnić kartę statystyczną oraz kartę gorączkową, zaznaczając, w którym dniu choroby znajduje się pacjent. Wreszcie na specjalnym druczku, t.zw. protokóle, jeszcze raz wpisuje się dane personalne chorego, adres zakładu pracy gdzie chory jest zatrudniony, charakter wykonywanej pracy, zawód, adres najbliższej rodziny, zaś dla osób samotnych adres krewnych lub znajomych by w razie śmierci kogoś zawiadomić. Przyjmując dziecko zapisuje się adres zakładu pracy ojca. Jeżeli chory jest nieprzytomny, dane personalne podaje towarzysząca mu rodzina. Zdarza się, że nieprzytomnemu choremu nikt z bliskich nie towarzyszy, wówczas we wszystkich drukach pisze się: „brak danych".

CZYSTOŚĆ

Po zakończeniu tych formalności, pielęgniarka osobiście kontroluje czystość głowy pacjenta. Zawszonym, zarówno mężczyznom jak i kobietom ścina się włosy. Częstokroć chore nie pozwalają na ścięcie włosów i trzeba się odwołać do lekarza dyżurnego. Chorym na dur plamisty goli się wszystkie miejsca owłosione. Następnie chory przechodzi do łazienki. Całą odzież chorego spisuje się w książce ubraniowej w 3 odpisach, z których jeden przypina się do ubrania, drugi otrzymuje chory, trzeci zaś pozostaje w książce ubraniowej. Bieliznę kładzie się do worka i oddaje do dezynfekcji; ubranie wełniane, płaszcze, futra itp, przesypuje się proszkiem DDT, zawiesza na wieszaku i odsyła do magazynu odzieżowego. Kosztowności i pieniądze wpisuje się oddzielnie do książki depozytowej (jeżeli ich nie zabiera rodzina) i chory kwituje to w książce również w 3 odpisach. Zdarza się czasem, że chory ma przy sobie broń, w tym wypadku musi ją rozładować i oddać wraz z nabojami do magazynu. Za magazyn i depozyt odpowiedzialna jest kancelaria szpitalna.

Podczas gdy lekarz bada chorego, pielęgniarka wypełnia schemat historii choroby, a lekarz zbiera anamnezę i wpisuje zlecenia.

Kąpiel dla chorych przygotowują salowe (dla mężczyzn salowi), które myją chorych dokładnie. Do obowiązków pielęgniarki należy jednak skontrolowanie czystości chorych po kąpieli.

Po kąpieli, chory ubrany w bieliznę szpitalną i szlafrok z Izby Przyjęć przechodzi na odpowiednią salę prowadzony przez salowego. Razem z chorym przesyła się na oddział historię choroby i kartę gorączkową. Tam przyjmuje go pielęgniarka dyżurna, która też wykonuje zabiegi zlecone przez lekarza dyżurnego.

Dzieci podejrzane na płonicę kąpie się w oddzielnej łazience, personel wkłada wtedy specjalny fartuch ochronny. Rzecz jasna, że po kąpieli obowiązuje skrupulatne mycie i dezynfekcja rąk. Rodzina, która przyprowadza dziecko zabiera ubranie wierzchnie, bieliznę zaś oddaje się do dezynfekcji.

Pielęgniarka w Izbie Przyjęć informuje rodzinę o obowiązującym regulaminie szpitalnym, o sposobie dostarczania paczek, jak dowiadywać się o stan zdrowia chorego itp.

WYPIS

Wypisanie chorego ze szpitala odbywa się na zasadzie zawiadomienia z dnia poprzedniego. Pacjent przynosi do Izby Przyjęć kartkę wypisu. Kancelaria sprawdza czy chorzy leczący się na koszt własny opłacili szpital, czy ubezpieczeni mają w porządku przekazy itp., następnie przesyła do magazynu kartkę po zwrot ubrania i depozytów. Pacjent przebiera się w łazience oddziałowej i zwraca bieliznę szpitalną. W tym czasie oddział przesyła do kancelarii Izby Przyjęć historię choroby i kartę gorączkową chorego.

Helena Czupider

JADWIGA PIOTROWSKA
*Pielęgniarka Akademi Lekarskiej
w Gdańsku
Klinika Chorób Oczu*

Z PIELĘGNIARSTWA OCZNEGO

NIE wszystkim pielęgniarkom dostatecznie znane są choroby oczu i szkody wynikające z wadliwej pielęgnacji powierzonych nam chorych.

Poznawszy podstawowe zasady pielęgniarstwa w szkołach, obieramy sobie dział pracy specjalny, który nam najbardziej odpowiada.

W wyborze tym kierujemy się doniosłością pomocy i pożytku, jaki moglibyśmy przynieść człowiekowi cierpiącemu. Najbardziej poruszają nasze serca jęki chorych, kalectwo, oszpecenia, zwracające mimo woli naszą uwagę, i tym chcemy służyć natychmiast.

Przechodząc natomiast mimo człowieka ślepego lub ślepnącego, pytającego z pogodnym lub apatycznym wyrazem twarzy o kierunek drogi, wskazujemy właściwą drogę, pomagamy nawet przejść na drugą stronę ulicy, czytamy im czego sami odczytać nie zdołają, ale większego wrażenia na nas nie robią, ani też nie zapalamy się do niesienia im pomocy trwałej.

Zapominamy o nich już w następnej chwili chociaż obok nas przeszli ludzie, dotknięci największym kalectwem.

OKULISTYKA — DZIAŁ NIEDOCENIONY

Przy obsadzaniu etatów pielęgniarskich w szpitalach, wykwalifikowane siły przydziela się na oddział: chirurgiczny, wewnętrzny, położniczy... A oczny? — „Tam niema ciężko chorych“ — mawia się. Tymczasem bynajmniej tak nie jest. Na oddziale ocznym są ciężko chorzy, starzy i młodzi, dzieci, a nawet niemowlęta.

Pracę lekarską i pielęgniarską w okulistyce rozumie się na ogół — przyznajamy — jako dobieranie szkieł i zapuszczanie kropel do oczu... Nie zdajemy sobie sprawy z kolosalnego rozwoju działu operacyjnego w tej dziedzinie. Gdyby wyłączyć przypadki operacyjne, to z kilkudziesięciu chorych na naszej klinice, pozostałby tylko niewielki procent do leczenia zachowawczego. Pomimo to, wiele z nas w ogóle nie widziało operacji oka, chociaż dziś prawie wyłącznie operacyjnie przywraca się sprawność narządu wzroku.

Znaczenie wzroku dla człowieka jest każdemu wiadome, z wyjątkiem może niewidomych od urodzenia. Przy pomocy wzroku odbieramy 75% wrażeń ze świata nas otaczającego. To też tu, jak i w innych działach lecznictwa operacyjnego, potrzebna jest umiejętność pielęgnowania przed- i pooperacyjnego.

Nie rzadkie są wypadki, gdy mozolny trud operatora przepada marnie wraz z nadzieją cierpiącego człowieka, zniweczony złą opieką pielęgniarską.

W tej dziedzinie, jak chyba w żadnej innej, pomiędzy powodzeniem leczenia operacyjnego, a katastrofalnym zejściem jest tylko jeden krok.

PRZYPADKI OPERACYJNE

Pielęgniarstwo okulistyczne można podzielić na pielęgniarstwo *przypadków operacyjnych i nie operacyjnych.* Z tego pierwsze — na operacje połączone z rozcięciem gałki ocznej i poza gałkowe.

Inne jest podejście pielęgnierki do chorych operowanych śródgałkowo, inne zaś do chorych, u których gałka oczna nie została naruszona.

Pielęgnowanie chorych, leczonych zachowawczo, stanowi odrębny dział. Do głównych operacji z otwarciem gałki ocznej należą: operacja zaćmy, czyli katarakty, jaskry, czyli glaukomy, operacja oderwania siatkówki, wydobycie ciała obcego wewnątrzgałkowego i przeszczepienia rogówki ze zwłok.

Do ważniejszych zabiegów okulistycznych bez rozcięcia gałki ocznej należą: zabiegi na oczodole (nowotwory, sprawy ropne), na powiekach (zniekształcenia, blizny, nowotwory), na drogach łzowych (niedrożność, sprawy ropne), na spojówce (oparzenia, skurczenia bliznowe, nowotwory), zboczenia w ustawieniu gałki ocznej (zezy).

PRZED ZABIEGIEM

Należyte przygotowanie pacjenta do zabiegu, fizyczne i psychiczne, jest równie ważne, jak opieka pooperacyjna. Zapobiega bowiem komplikacjom w gojeniu się.

Chory zazwyczaj przybywa na oddział z izby przyjęć, wykąpany i w czystej bieliźnie. Pomimo to dokonujemy oględzin: 1) skóry — czy jest czysta i nie ma ognisk ropiejących, 2) powiek i spojówek, 3) jamy ustnej (zęby, migdałki). O wyniku dajemy znać leka-

rzowi, który przy najmniejszym odchyleniu od normy leczy współistniejące schorzenia lub skierowuje pacjenta do odpowiednich specjalistów.

Następnie przygotowujemy pacjenta do badania ogólnego. Z reguły pacjent kwalifikujący się do rozcięcia gałki ocznej podlega badaniu układu sercowo-naczyniowego, dróg oddechowych, moczo-płciowego, przemiany materii (cukrzyca — wolniejsze gojenie się, sprzyjanie infekcji).

W zależności od stanu ogólnego pacjenta ustala się dietę, z tym, że na przeciąg 2—3 dni po operacji, bezwzględnie dietę płynną, lekkostrawną, aby chory po operacji nie musiał pokarmów gryźć, nie miał obciążonego żołądka, ani wzdęć.

Na dwa dni przed zabiegiem, płuczemy choremu worek spojówkowy roztworem soli fizjologicznej i zapuszczamy krople penicylinowe: w ciągu pierwszego dnia co godzinę, drugiego dnia 5—6 razy dziennie i w ciągu nocy po 3 razy roztwór penicyliny — 2500 jedn. w 1 cm^3. Pacjentom bardziej pobudliwym podajemy brom, a lekko kaszlącym kodeinę, parę razy dziennie. Na uporczywy kaszel zwracamy uwagę lekarza. W przeddzień operacji oczyszczamy dolny odcinek przewodu pokarmowego, jeśli chory nie ma samoistnego wypróżnienia.



Opatrunek jednooczny i dwuoczny założony za pomocą opaski gazowej lub płóciennej maseczki.

Uświadamiamy chorego, aby był spokojny i nie bał się, że zabieg operacyjny nie trwa długo, że jest bezbolesny, dokonywany w znieczuleniu miejscowym.

Pouczamy pacjenta jak się ma zachować na stole operacyjnym, a więc: aby kierował oczy w stronę nakazaną przez operatora, nie zaciskał powiek, oddychał równo, nie wstrzymywał oddechu, nie kichał.

Następnie dokonujemy inspekcji szafek i nocnych stolików, uprzątając zapasy żywności nieświeże i ciężkostrawne. Chorym zażywającym tabakę deponujemy ją na czas pobytu w szpitalu, polecając, aby przez okres dwu miesięcy po wyjściu ze szpitala tabaki nie



Flaszeczki z kroplami ocznymi i szklana kaczka (undyna) z płynem do płukania oka.

zażywał. Uświadamiamy chorego, że kichanie i kaszel mogą spowodować ciężkie powikłania po operacji. Przedłużają one pobyt w szpitalu i wpływają nie korzystnie na wynik pooperacyjny. Palenie papierosów, w umiarkowanej ilości, po operacji nie wzbraniamy.

PO ZABIEGU

Opieka pooperacyjna w wypadku rozcięcia gałki ocznej polega na zapewnieniu pacjentowi absolutnego spokoju fizycznego i psychicznego. Pożądane jest, aby chorzy pooperacyjni byli odosobnieni od reszty chorych i pozostawali pod opieką oddzielnej pielęgniarki. Operowanemu należy przeznaczyć wygodne łóżko, gdyż powinien leżeć bardzo spokojnie, na wznak, z obuocznym opatrunkiem conajmniej przez 24 godziny — w operacji zaćmy; na wznak z obuocznym opatrunkiem przez 10 dni — w operacji przeszczepienia rogówki ze zwłok. Po operacji siatkówki układamy chorego z opatrunkiem obuocznym, w pozycji zależnej od miejsca nakłucia twardówki, wykonanego przy pomocy diatermii koagulacyjnej; po nakłuciu *dolnej* części twardówki — w pozycji półsiedzącej, *górnej* — w pozycji leżącej, na wznak z głową odchyloną do tyłu i kolanami wzniesionymi na wałeczku; przy nakłuciu *bocznej* części twardówki, układamy chorego na boku prawym — gdy operowane było oko prawe od zewnątrz i lewe od strony nosa, na boku lewym — gdy operowane było oko lewe od zewnątrz i prawe od strony nosa.

Przez 3—4 godziny po zabiegu, nie podaje się choremu pokarmów, aby żuciem nie wprawiał w ruch mięśni twarzy. W razie pragnienia można podawać

wodę do picia, łyżeczką. Zaleca się, aby w dniu operacji nie odwiedzano pacjenta. Szczególnie do świeżo operowanych nie należy dopuszczać chorych nie widzących. Zdarzyło się bowiem, że niewidzący trącił mimo woli operowane oko chorego i spowodował ślepotę.

Przy codziennej toalecie oczyszczamy choremu zęby przy pomocy gliceryny z boraksem, bez użycia szczotki, a podając do spłukania ciepłą wodę pouczamy, aby ruchy ust były jak najspokojniejsze.

Potrzeby fizjologiczne muszą być załatwiane przy pomocy pielęgniarki ewentualnie pouczonego sanitariusza, z zachowaniem jak najdalej idącej ostrożności.

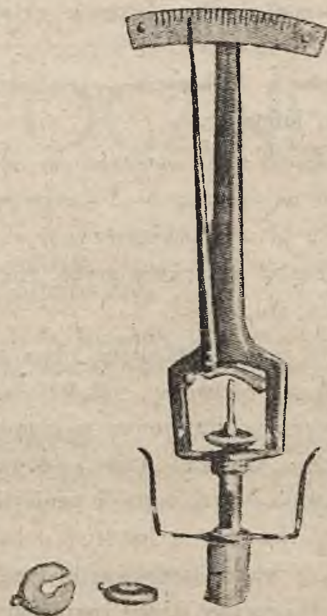
REKONWALESCENCJA

Przed zmianą opatrunku oka należy zasłonić rażące światło dzienne lub sztuczne i przypomnieć choremu, aby zachowywał się tak, jak na stole operacyjnym. Gdy pomagamy lekarzowi przy opatrunku i zachodzi potrzeba użycia latarki dla oświetlenia oka operowanego, należy latarką zakreślić zwolna parę łuków, omijając oczy pacjenta i stopniowo zbliżać światło do oka, aby na skutek światłowstrętu nie spowodować gwałtownego skurczu powiek. Operowanemu z zaćmą po 24 godzinach pozostawia się oko nie operowane odsłonięte, pouczając, aby pacjent nie nadużywał patrzenia nim i nie kierował wzroku na boki. Po tym okresie pacjenta układa się nieco wyżej, pozwala mu się nie dużo mówić i ostrzega przed schylaniem się. Do posiłków można chorego posadzić. Na czwarty dzień po operacji zaćmy chory może już dłużej siedzieć w łóżku z oparciem lub w fotelu ze spuszczonymi nogami. Można też zaprowadzić chorego powoli do ubikacji. Nie powinien jednak pozostawać tam bez opieki, gdyż zdarzało się, że pacjent nie widzący drugim okiem skaleczył o klamkę oko operowane. Takim wypadkom trzeba zapobiec. Należy dbać o normalne wypróżnienie chorego mniejwięcej do 10 dni, aby przy tej czynności nie musiał natężać się, gdyż nagły przypływ krwi do głowy może spowodować krwawienie, a nawet rozejście się brzegów rany.

Po operacjach siatkówki i przeszczepieniu rogówki, można choremu pozwolić wstać z łóżka dopiero po 3—4 tygodniach. Bardzo często chorzy, po długim leżeniu prawie bez ruchu, nie mogą ustać na nogach o własnych siłach z powodu zwiotczenia i osłabienia mięśni kończyn dolnych. Dlatego pożądane jest wykonywanie masażu nóg na tydzień przed wstaniem.

OPEROWANE DZIECI

Niezwykłe pieczołowitej opieki pooperacyjnej na oddziale ocznym wymagają dzieci, niemowlęta i noworodki. Lokuje się je w oddzielnych salach, pod opieką specjalnej pielęgniarki.



Przyrząd do badania ciśnienia ocznego — tonometr Schioetza. Przyrząd przykłada się do znieczulonej rogówki i bada wychylenie wskazówki na podziałce. Za pomocą tabeli, oblicza się ciśnienie oka wyrażone w milimetrach rtęci. Prawidłowe ciśnienie nigdy nie przekracza 28 mm Hg.

Jeżeli chodzi o operacje bez rozcięcia gałki ocznej, to nie wymagają one tak skrupulatnego i ścisłego przestrzegania wyżej podanych szczegółów. Należy zwracać uwagę na prawidłowe ułożenie bandaży, zwłaszcza u dzieci, które zrywają opatrunek lub przesuwają go na bok, spoglądając przez szparę. Jest to niezmiernie ważne w operacjach plastycznych, gdyż przeszczep może ulec przesunięciu. Po operacji zeza, podglądanie z pod opatrunku może przeszkodzić przyrośnięciu mięśnia w odpowiednim miejscu.

* * *

Pielęgnacja chorych na oddziale ocznym w przypadkach nie operacyjnych, wymaga oddzielnego omówienia.

Jak widać z powyższego, okulistyka stanowi dla nas ciekawą i wielce odpowiedzialną placówkę pracy, a cierpiących ludzi darzy światłem, barwami i poczuciem przestrzeni.

Jadwiga Piotrowska

(Zdjęcia L. I. N. W. — Dr M. Wilczek — B. P. tom 7)

HALINA LEGUTKO
Naczelna Pielęgniarka
Zarządu Miejskiego w Krakowie

PORADNIA SZKOLNA

Zarządzeniem z dn. 17. IX. 1949 r. Ministerstwo Zdrowia poleca organizowanie poradni szkolnych (okólnik Ministerstwa Zdrowia Nr 37/47 Nr M. I. w sprawie instrukcji o organizacji i działalności Ośrodków Zdrowia).

Zarządzenie to mówi wyraźnie, że podstawowym elementem każdego ośrodka zdrowia jest przychodnia ogólna, poradnia dla kobiet ciężarnych, niemowląt, dzieci **przedszkolnych i szkolnych**. Wynika z tego, że podstawą opieki lekarskiej nad dziećmi szkolnymi zaczyna być ośrodek, a nie szkoła jak dotychczas. Z tą chwilą kierownicy ośrodków zdrowia stają się odpowiedzialni za pracę lekarzy szkolnych, starsze pielęgniarki zaś — za pracę pielęgniarek szkolnych.

Celem poradni szkolnej jest:

PO PIERWSZE otoczenie dziecka szkolnego wraz z jego środowiskiem opieką ośrodka zdrowia, co daje możność uchwycenia chorób społecznych, jak gruźlica, choroby weneryczne itp, już od samego początku.

Punkt ten realizowany jest przez regularne odwiedziny domowe pielęgniarek ośrodka zdrowia, które obejmują opieką zarówno dziecko swego rejonu jak i jego rodzinę.

PO DRUGIE poradnie szkolne wprowadzają profilaktykę mając do dyspozycji aparat Roentgena, laboratoria, elektrokardiograf itd, czego brak szkołom.

PO TRZECIE ośrodek poprzez poradnię dla ciężarnych, niemowlęcą, przedszkolną wreszcie szkolną zapewnia ciągłość opieki.

Dzieci przechodzą przez centralną rejestrację i opieka nad nimi oraz ich rodzinami trwa tak długo, jak tego wymaga ich stan zdrowotny*).

Te trzy zadania mówią same za siebie, wykazując celowość opieki lekarskiej nad dziećmi poprzez poradnie szkolne. Ważny jest również fakt, że wreszcie lekarz szkolny ma odpowiednie warunki do pracy, która — rzecz oczywista — wymaga ciszy i skupienia, jeżeli nie ma się stać tylko rzemiosłem. Znikoma liczba gabinetów lekarskich w szkołach zmusza lekarza do pracy w kancelariach kierownictwa szkoły lub w gabinetach pomocniczych, gdzie mimo wszystko panuje ruch niesprzyjający badaniu.

Uruchomienie poradni szkolnych nie zwalnia jednak lekarza szkolnego od wizytowania szkół. Odwiedza on szkoły w ściśle oznaczonych terminach, jak również przeprowadza badania wstępne we wszystkich klasach na początku roku szkolnego celem ewentualnego zwolnienia dzieci z ćwiczeń fizycznych, uchwycenia wysypek skórnych, świerzbu itp. Lekarz szkolny ponadto powinien wygłaszać okresowe pogadanki dla dzieci i ich rodziców.

W poradni szkolnej przeprowadza się badania indywidualne.

---

*) Do ośrodka przydzielamy szkoły znajdujące się w jego rejonie lub najbliżej niego położone. Rejestrujemy wszyscy dzieci uczęszczające do szkół, mieszkające w rejonie danego ośrodka, wypełniając potrzebne druki, jak przy rejestrowaniu każdego innego pacjenta. Kartę zdrowia dziecka przechowujemy między innymi kartami w centralnej rejestracji. Ponadto dla dzieci tych zakładamy podręczną kartotekę, którą przechowujemy w poradni szkolnej. Kartoteka ta obejmuje numer rejestracyjny, nazwisko i imię dziecka, datę urodzenia, adres, numer i nazwę szkoły. Układamy ją alfabetycznie, szkołami. Kartoteka podręczna służy: 1) do szybkiego zorientowania się, ile dzieci szkolnych jest zarejestrowanych w poradni szkolnej; 2) do sprawdzenia, czy są rejestrowane gdy dzieci przychodzą wprost do poradni szkolnej (jeżeli są zapisane w kartotece, posyłamy po karty zdrowia, jeżeli nie — rejestrujemy je wstecznie); 3) na podstawie kartoteki podręcznej wypisujemy z poradni szkolnej dzieci, które ukończyły szkołę objętą opieką ośrodka lub przeprowadziły się do innego rejonu. W tym celu konfrontujemy na początku każdego roku szkolnego kartotekę podręczną ze spisem dzieci ze szkół przydzielonych, odsyłając karty zdrowia w ślad za dzieckiem do odnośnego ośrodka zdrowia. Dzieci uczęszczające do szkół przydzielonych, a mieszkające poza rejonem ośrodka nie podlegają centralnej rejestracji, jak również odwiedzinom domowym. Dzieciom tym zakładamy karty zdrowia, które ułożone alfabetycznie, szkołami, przechowujemy w poradni szkolnej. W wypadku choroby społecznej, jak np. gruźlica, przekazujemy dziecko do odnośnego ośrodka, zostawiając w poradni szkolnej kartę zdrowia dziecka.

Badania te pod względem ilościowym winny być ustalone i rozłożone na okres całego roku szkolnego na podstawie dni roboczych w roku szkolnym, licząc 10 dzieci na jedną godzinę. Nie należy dopuszczać do przepełnienia w poczekalniach w czasie badań. W zależności od liczby dzieci w szkołach ustalamy, które klasy należy przebadać. Najwłaściwiej byłoby przebadać rok rocznie wszystkie dzieci. Jeżeli czasu na to nie starczy — **koniecznie** klasy I, IV, VII. W programie należy przewidzieć badania przygodne z okazji wyjazdu na kolonie czy do prewentor ów, jak również szczepienia ochronne.

Pielęgniarka szkolna przygotowuje dzieci do badań, częśc owo w szkole (np. zbiorowe badanie wzroku na początku roku szkolnego, celem przesadzenia dzieci bliżej tablicy, względnie skierowania do okulisty), gdzie wypełnia karty zdrowia dziecka, a resztę zaś wykonuje w ośrodku. W czasie badania lekarskiego asystuje, robiąc potrzebne notatki dotyczące np. wysłania dziecka na kolon ę lub do prewentorium, dożywiania, koniecznych odwiedzin domowych itp.

W szkole pielęgniarka pracuje nad podniesieniem czystości, prowadzi walkę z wszawicą, wygłasza pogadanki, urządza konkursy czystośc', pokazy itp.

Ośrodki zdrowia poprzez poradnie szkolne prowadzą propagandę czystości i zdrowia. W tym celu urządzają różne kursy i pokazy dla dz eci szkolnych mając do dyspozycji odpowiednie gabinety i przybory.

Wielkim zainteresowaniem i frekwencją młodzieży cieszy się kurs pielęgnowania niemowląt z pokazami kąpieli, przewijania, przyrządzania mieszanek itp.

Sprawa badania dzieci w ośrodkach zdrowia w poradnich szkolnych napotyka na dwa zasadnicze problemy, z którymi ośrodki organizujące poradnie szkolne muszą się liczyć. **Pierwszy problem to wyznaczenie godzin przyjęć w poradni szkolnej, by młodz'eż traciła jak najmniej godzin lekcyjnych.** Najwłaściwsze są godziny popołudniowe od 12—14. Wówczas dzieci tracą tylko końcowe godziny, a pielęgn arka szkolna idąc rano na godzinę ósmą do szkoły może pracę planowo sobie rozłożyć i wykonać.

W razie trudności lokalowych lub gdy nie można znaleźć lekarza na godziny popołudn owe i musimy wyznaczyć godziny ranne od 8—10, od 9—11, względnie od 10—12, wówczas lepiej jest, aby dzień badania był całkowic e wolny od nauki, szczególnie gdy ośrodek jest daleko. Będzie to jeden dzień w roku szkolnym, które dziecko opuści dla kontroli lekarsk ej w ośrodku. Nie wchodzą tu pod uwagę masowe badania niezależne od poradni szkolnej, leczenie zębów, naświetlania itp. zabiegi lecznicze.

Dla sprawności i porządku sprawą nader ważną jest wyznaczen e stałych godzin w poradni szkolnej dla szkół objętych opieką (wyjątek stanowią dzieci chore, przysłane przez pielęgniarkę szkolną lub kierownictwo szkoły — te mogą s ę zgłaszać codziennie). W tym celu umieszczamy w miejscu widocznym wykaz godzin przyjęć w ośrodku zdrowia według podanego schematu:

WYKAZ
szkół objętych opieką Ośrodka i godziny przyjęć

L. p.	Nazwa i numer szkoły	Adres szkoły	Nazwisko kierownika szkoły	Ilość dzieci w szkołach	Dni i godziny przyjęć w poradni szkolnej	Dni i godziny bytności pielęgniarki w szkołach	Nazwisko lekarza szkolnego i pielęgn. szkolnej

Ponadto w szkole um eszczamy wykaz godzin przyjęć dla danej szkoły z uwagą, że wszelkie sprawy dotyczące zdrowia dziecka załatwia poradnia szkolna (podać adres ośrodka i nazwisko lekarza poradni).

Wszystkie te szczegóły omaw amy i ustalamy z kierownictwem szkoły dla zgodnej i owocnej współpracy.

Drugim bardzo ważnym problemem to doprowadzenie dzieci ze szkoły do ośrodka zdrowia. Chodzi tu o odpowiedzialność za całość i bezpieczeństwo dzieci. Kto ma ją ponosić, szkoła, czy ośrodek? Wiadomo, że z chwilą gdy dziecko przestąpi próg szkolny odpowiedzialność za nie ponosi nauczyciel. Będzie on więc stał twardo na straży tej odpowiedzialności, należy przeto sprawę tę omówić dokładnie na terenie szkoły.

Są trzy możliwości rozwiązania tego zagadnienia:

Najlepiej i najwłaściwiej, żeby do poradni szkolnej dzieci doprowadzali rodzice lub ktoś z opieki domowej.

Obecność rodziców w czasie badania dziecka jest nawet konieczna dla udzielania lekarzowi potrzebnych informacji odnośnie przebytych chorób, warunków zdrowotnych rodziny, jak również pouczeń, których lekarz musi udzielić komuś starszemu, jeżeli badanie nie ma pozostać li tylko na papierze. Rodzicom posyła się pisemne zawiadomienie o mającym się odbyć badaniu lekarskim.

Mogłyby doprowadzać dzieci ze szkoły do ośrodka również pielęgniarki. Da się to zrobić jednak tylko wówczas, gdy poradnie szkolne będą czynne w godzinach południowych i gdy pielęgniarki będą miały niewiele szkół pod opieką, a więc tam gdzie higiena szkolna jest dobrze rozbudowana.

Młodzież starszą wreszcie mogą doprowadzać członkowie Komitetów Rodzicielskich.

Wyżej omówione sprawy należy ustalić z kierownictwem szkoły.

Utworzenie poradni szkolnych jest wielkim krokiem naprzód w całokształcie opieki zdrowotnej nad dzieckiem. My pielęgniarki, radujemy się głęboko, że kolosalny rozmach w rozwoju służby zdrowia w Polsce Ludowej objął i tę dziedzinę.

Halina Legutko

---

*G. H. Lalina**)

W SZKOLE...

ŚREDNI personel służby zdrowia powinien brać czynny udział w przygotowaniach szkół do nowego roku szkolnego. W miastach pielęgniarki są pomocnicami lekarzy szkolnych, na wsi zaś pomocnicami lekarzy, kierujących wiejskimi rejonami sanitarnymi. Wysiłki pracowników służby zdrowia w tym zakresie zmierzają do poprawy stanu sanitarnego szkół oraz wprowadzania na ich terenie zasad higieny.

Służba zdrowia łącznie z organami kontroli sanitarnej określa pojemność każdej szkoły, każdej klasy, biorąc za podstawę normę — 1,25 m² na ucznia w klasie, a 0,25 m² na jednego ucznia w szatni.

Ten sam zespół pilnuje, aby przed rozpoczęciem roku szkolnego szkoła była wyremontowana i starannie uprzątnięta. Należy zawczasu pomyśleć o urządzeniu gabinetu lekarskiego oraz zaopatrzeniu go w niezbędne leki.

POCZĄTEK ROKU

Z nowym rokiem szkolnym lekarz przy pomocy pielęgniarki lub felczera powinien przeprowadzić przegląd wszystkich uczniów celem zapobieżenia zaraźliwym chorobom zakaźnym, skórnym i ocznym na terenie szkoły. Następnie w ciągu całego roku szkolnego, obsługujący szkoły — średni personel lekarski — systematycznie wprowadza w życie zasady higieny, które powodują podniesienie zdrowotności wśród uczniów i wzmocnienie ich tężyzny fizycznej. Przede wszystkim felczer lub lekarz przy pomocy pielęgniarki przeprowadza szczegółowy przegląd dzieci. Pielęgniarka przygotowuje indywidualne karty uczniów i wypełnia część ogólną tych kart, pod kierunkiem lekarza przeprowadza pomiary antropometryczne uczniów (wzrost, waga, obwód piersi), kontroluje odczyny Pirqueta, Mantoux, jak również określa sprawność wzroku i słuchu. Jeżeli w czasie przeglądu lekarskiego wykryto dzieci potrzebujące pomocy lekarzy specjalistów, pielęgniarka kieruje je do odpowiednich zakładów leczniczych. Na specjalne zlecenie pielęgniarka dopilnowuje wizyt uczniów w zakładach leczniczych u lekarzy specjalistów, poza tym kontroluje wykonanie zleceń lekarskich i w miarę potrzeby odwiedza dzieci w domu. W razie potrzeby sama w poszczególnych wypadkach odprowadza do ambulatoriów, poliklinik i ośrodków zdrowia. Pielęgniarka na terenie szkoły prowadzi ambulatorium (sprawdza temperaturę, wykonuje opatrunki i inne zabiegi), oraz udziela pomocy w nagłych wypadkach.

CHOROBY ZAKAŹNE

W ciągu całego roku szkolnego pielęgniarka w określonych odstępach czasu przeprowadza oględziny wszystkich dzieci (kontrola skóry i gardła), co szczególnie ważne jest w niższych klasach dla wykrycia chorych na anginę i szkarlatynę. W klasie przeprowadza dezynfekcję 1% rozczynem chloraminu lub 0,5% mlekiem wapiennym. W ten sposób odkażane są ściany, podłoga i meble.

Aby otrzymać 1% rozczyn chloraminu należy rozpuścić 100 g chloraminu w kuble wody (ca 10 litrów). Aby otrzymać mleko wapienne należy rozpuścić 1 kg lasowanego chlorowanego wapna w 10 litrach wody

*) Medicinskaja Siestra nr 8 — 1949.

i pozostawić na 24 godziny. Chlorek wapnia opadnie na dno, zlewając zaś górne warstwy otrzymamy 10% mleko wapienne. Dla otrzymania 0,5% rozczynu bierze się pół litra mleka wapiennego na 1 kubeł wody.

W razie wykrycia wypadku płonicy należy zapobiegawczo codziennie w ciągu 12 dni przeprowadzać oględziny wszystkich dzieci w klasie, gdzie zdarzył się taki wypadek. Dzieci podejrzane o płonicę, jak również chore na anginę i grypę należy natychmiast odsyłać do domu i kierować do nich lekarza.

Dużo uwagi poświęca pielęgniarka zapobieganiu durowi plamistemu. Nauczyciele przynajmniej 2 razy w tygodniu kontrolują czystość uczniów, przeglądając głowy, bieliznę i ubrania. Pielęgniarka przeprowadza przegląd raz na miesiąc. W razie wykrycia zawszenia pielęgniarka natychmiast odsyła ucznia do domu z odpowiednią kartką lub — jeśli istnieje po temu możliwość — przeprowadza odwszenie na terenie szkoły. Jeżeli po raz drugi stwierdzono, że dziecko ma wszy należy skontrolować rodzinę i środowisko dziecka. *Uczniowi nie wolno przychodzić do szkoły do czasu aż zawszenie nie zostanie całkowicie zlikwidowane i cała rodzina nie podda się dezynsekcji.* Personel służby zdrowia ma prawo żądać od dyrekcji szkoły, by każdy uczeń miał własny wieszak do palta, oraz by szatnia była codziennie odkażana. Jeżeli w rodzinie jakiegoś ucznia zdarzył się wypadek duru plamistego, to po przeprowadzeniu dokładnej dezynfekcji wolno mu uczęszczać do szkoły. Należy jednak w ciągu 25 dni kontrolować temperaturę tego ucznia. Jeśli zaś na dur plamisty zachoruje jeden z uczniów, to mierzenie temperatury w ciągu 25 dni oraz ścisła dezynfekcja obowiązują całą klasę. Na posiedzeniu rady pedagogicznej personel sanitarny zdaje sprawę z wyników oględzin oraz zastosowanych środków ochrony przed zachorowaniem.

Personel służby zdrowia wespół z kierownictwem szkoły i nauczycielstwem szerzy wśród uczniów zasady higieny osobistej. Praca propagandowo-wychowawcza w zakresie zdrowia dotyczy nie tylko uczniów, ale także ich rodzin.

HIGIENA SZKOŁY

Pielęgniarka szkolna codziennie kontroluje stan higieniczno-sanitarny szkoły. W tym celu obchodzi pomieszczenia szkolne, dogląda sprzątania i wietrzenia, sprawdza czy przerwy pomiędzy lekcjami są należycie wykorzystywane. Sprzątanie powinno się odbywać przy otwartych oknach względnie wietrznikach, „na wilgotno", to znaczy, że podłogi powinny być myte lub przecierane wilgotną ścierką. Po każdym sprzątaniu trzeba przecierać parapety okien, ławki i stoły 0,2% rozczynem mleka wapiennego. W ten sam sposób sprząta się korytarze. Salę gimnastyczną sprząta się 2—3 razy dziennie, a przynajmniej raz w tygodniu zmywa się gorącą wodą. Meble i wszystkie przyrządy gimnastyczne należy przecierać (przy każdym sprzątaniu) wodą chlorowaną. Maty trzeba raz na tydzień wynosić na świeże powietrze, trzepać i wietrzyć.

Umywalnie i ustępy sprząta się po każdej przerwie; podłogi i sedesy zmywa się gorącą wodą i następnie przeciera się mlekiem wapiennym. Klasy wietrzy się podczas każdej przerwy, korytarze zaś w czasie lekcji, oczywiście niezależnie od pory roku. Raz w miesiącu przeprowadza się generalne sprzątanie wszystkich sal, myje się meble, okna, piece, odkurza się framugi, armaturę świetlną itd.

Teren przylegający do budynku szkolnego trzeba utrzymywać we wzorowej czystości, codziennie zamiatać i polewać wodą.

HIGIENA ZAJĘĆ I ŻYWIENIA

Do zadań służby zdrowia na terenie szkoły należy również kontrola rozmieszczenia uczniów, biorąc pod uwagę: wzrost, słuch i wzrok.

W rozpoczynającym się roku szkolnym należy wzmocnić kontrolę nad prawidłowym prowadzeniem lekcji wychowania fizycznego i zwracać uwagę na potrzeby dzieci słabszych. Wprowadzać obowiązkowo gimnastykę poranną. Gdzie to jest możliwe należy urządzać tusze i udostępnić uczniom kąpiel po lekcjach wychowania fizycznego.

Personel służby zdrowia osobną uwagę poświęcić musi kontroli żywienia uczniów w szkole. Przede wszystkim należy sprawdzać jakość produktów, sposób przechowywania oraz porządek podawania pokarmów. Pożądane jest zorganizowanie w szkole gorących śniadań; w tym wypadku personel medyczny ma obowiązek kontrolowania stanu sanitarnego pomieszczeń gdzie przygotowywane są posiłki, stanu zdrowia i czystości personelu kuchni oraz jakości przyrządzonych potraw. Wszystko co dotyczy żywności musi być poddane badaniu sanitarnemu. Pielęgniarka szkolna notuje w specjalnym zeszycie uwagi dotyczące odżywiania dzieci oraz powiadamia kierownika szkoły o wszelkich niedociągnięciach.

Stan zdrowia nauczycielstwa wymaga również kontroli.

Dla uzyskania pozytywnych efektów swej pracy, personel sanitarny w szkole powinien prowadzić planową akcję sanitarno-oświatową wśród uczniów, rodziców i nauczycieli. Należy zwracać uwagę na zagadnienie organizacji odpoczynku uczniów, ich warunków domowych, odżywiania, higieny osobistej oraz na zapobieganie chorobom zakaźnym. Personel służby zdrowia powinien brać udział w konferencjach nauczycielskich, wygłaszać odczyty na temat higieny szkolnej, ochrony zdrowia oraz naświetlać rolę nauczycielstwa na tym odcinku pracy.

Wolny przekład *Nonny Łyżwańskiej*

W dziale pod tym tytułem zamieszczamy materiały do popularnych wykładów z dziedziny higieny, pierwszej pomocy i ratownictwa, które powinny posłużyć każdej pielęgniarce w pracy sanitarno - oświatowej.

DR T. ROŻNIATOWSKI

Pierwsza pomoc

ZATRUCIA
d. c.

Kwasy

Pierwsza pomoc przy zatruciach kwasami polega na zobojętnieniu ich przy pomocy zasad. Jak wiadomo, kwasy w połączeniu z zasadami dają tzw. sole, które są związkami chemicznymi, przeważnie obojętnymi dla ustroju. Tak więc przy zatruciach kwasami będziemy podawali choremu rozrobioną w wodzie magnezję paloną, rozcieńczoną wodę wapienną, wodę z rozpuszczonym w niej białkiem jaja kurzego, duże ilości mleka, a nawet wodę z mydłem. Należy wystrzegać się stosowania sody, gdyż pod wpływem kwasów wydziela ona znaczne ilości gazu — dwutlenku węgla, który rozdyma żołądek i może spowodować nawet jego rozerwanie, co jest zrozumiałe, jeżeli uwzględni się zniszczenie błony śluzowej żołądka, powstałe pod wpływem żrącego działania kwasu.

Po wyleczeniu oparzeń przewodu pokarmowego kwasami powstają rozległe blizny, które powodują zwężenia przełyku i upośledzają znacznie prawidłowe działanie narządów trawienia.

Zasady

są dla ustroju jeszcze bardziej niebezpieczne, gdyż powodują dosłownie rozpływanie się tkanek. Blizny, które powstają po ich wyleczeniu, są tak rozległe, że niemal całkowicie zamykają światło przełyku. Oczywiście chory w takich wypadkach nie może przyjmować pokarmów i umiera z wyniszczenia. Dopiero wprowadzenie specjalnej operacji, polegającej na zrobieniu otworu w ścianie żołądka, przez który wprowadza się rurkę do nalewania płynnych pokarmów, pozwoliło na jakie takie odżywianie tych nieszczęśliwych.

Pierwsza pomoc przy zatruciach zasadami polegać będzie na podawaniu choremu do picia dużych ilości słabych kwasów, jak rozcieńczony kwas octowy, cytrynowy itp. Wszystkie, podawane w celach ratunkowych, płyny powinny być zimne!

Zarówno stężone kwasy jak i zasady powodują poważne uszkodzenia błony śluzowej żołądka co grozi w każdej chwili pęknięciem tego narządu. Dlatego też nie wolno przy tego rodzaju zatruciach powodować wymiotów, gdyż przez nadmierne skurcze żołądka łatwo może dojść do takiego pęknięcia, a poza tym, powracająca do jamy ustnej trucizna może wywołać jeszcze poważniejsze oparzenia, działając na już poprzednio uszkodzone tkanki.

Niektóre trucizny żrące jak karbol, jodyna itp, jeżeli są połknięte w dużym rozcieńczeniu nie wywołują uszkodzeń miejscowych lecz poważne zatrucia narządów wewnętrznych.

Trucizny wywołujące schorzenia narządów wewnętrznych

W odróżnieniu od trucizn żrących, które natychmiast po przyjęciu powodują bardzo silne objawy, omawiane obecnie trucizny działają bardziej podstępnie. Tylko jedna z nich, a mianowicie cjanek potasu działa piorunująco, tak że wszelka pomoc bywa zwykle spóźniona, tym więcej, że tylko za pomocą specjalnych zabiegów i to zastosowanych natychmiast, bezpośrednio po zażyciu trucizny można denatowi ocalić jeszcze życie.

Inne natomiast trucizny działają na narządy wewnętrzne dopiero po pewnym czasie. Zależnie od rodzaju i stężenia trucizny pierwsze objawy zatrucia występują w czasie od kilku minut do kilku godzin od chwili zażycia. Najczęściej trucizny te wywołują zwyrodnienia takich narządów wewnętrznych jak: wątroba, nerki, serce, żołądek, jelita, poza tym powodują zniszczenia narządów krwiotwórczych, schorzenia oczu itp. Z najczęściej spotykanych trucizn tego rodzaju należy wymienić arszenik (powoduje biegunki, mające wygląd zupy ryżowej), fosfor (wymioty zatrutego świecą w ciemności, a w krótkim czasie chory zapada na śmiertelną żółtaczkę), ołów (niezwykle silne bóle brzucha połączone z zaparciem stolca), spirytus denaturowany (ślepota!), sublimat, barwniki anilinowe itp.

Trująco działa również szereg lekarstw przyjętych w nadmiernych. dawkach lub też niewłaściwie (np. leki do użytku zewnętrznego połknięte przez chorego przez pomyłkę. Dlatego też

lekarstwa należy przyjmować bardzo ostrożnie i tylko z polecenia lekarza.

Pierwsza pomoc w wypadkach zatruć truciznami narządów wewnętrznych polegać będzie przede wszystkim na spowodowaniu wymiotów, dzięki którym zostanie usunięta trucizna znajdująca się jeszcze w żołądku. Chorego możemy zmusić do wymiotowania przez połechtanie mu podniebienia palcem lub wacikiem umocowanym na patyku. Gdy przyjdzie chwila, że chory nie ma już czym wymiotować i wykonuje tylko odruchy wymiotne, można mu podać do picia dużo letniej wody i ponowić ten sam zabieg. W ten sposób osiągniemy w przybliżeniu wynik, który udałoby się uzyskać przez płukanie żołądka.

Wymioty możemy spowodować również przez danie choremu do picia specjalnych środków chemicznych, a nawet prostych środków domowych jak ciepła woda z mydłem lub solą, którą podajemy choremu w większych ilościach aż do wystąpienia wymiotów. Nie wolno podawać wody z solą przy zatruciach kalomelem a także w przypadkach, gdy trucizna nie jest bliżej znana.

Przy zatruciach sublimatem, arszenikiem lub fosforem dobrze zrobimy, dając choremu do picia wielkie ilości mleka, wody z białkiem jaja kurzego, rozcieńczonych kleików itp. Płynów tych należy podawać tak dużo, żeby chory zwymiotował.

Każdego otrutego należy położyć do dobrze ogrzanego łóżka, przykryć go ciepło i troskliwie pielęgnować. To ostatnie dotyczy zwłaszcza samobójców, gdyż bardzo często odratowani denaci dokonują powtórnego targnięcia się na życie. Gdy chorzy zdradzają skłonność do omdlenia, tętno ich staje się słabe a oddech przyspieszony i powierzchowny możemy podać im trochę mocnej herbaty lub czarnej kawy. Oczywiście wszystkie wyżej wymienione zabiegi wykonujemy w oczekiwaniu lekarza, którego zawsze należy wezwać do wszystkich przypadków zatruć.

Trucizny działające na układ nerwowy

Z trucizn układu nerwowego jedne działają usypiająco, np. opium, morfina i wszelkie środki nasenne, inne zaś mają działanie podniecające (kokaina, atropina), jeszcze inne znowu powodują drgawki (strychnina, benzyna).

Pierwsza pomoc przy zatruciach środkami usypiającymi polegać będzie przede wszystkim na płukaniu żołądka, co jest szczególnie ważne przy zatruciach morfiną. Ponieważ płukania żołądka może dokonać tylko lekarz lub wykwalifikowana pielęgniarka do obowiązków ratownika należeć będzie jak najszybsze wywołanie wymiotów według wyżej opisanych zasad. Jeżeli jednak do chwili przyjęcia trucizny upłynął już dłuższy czas, spowodowanie wymiotów wyżej wspomianymi sposobami będzie nie tylko nie celowe, ale nawet niemożliwe. Nie należy więc upierać się przy bezowocnych próbach tylko podawać choremu mocną kawę lub herbatę oraz wszelkimi sposobami starać się, żeby nie zasnął. W tym celu należy go stale potrząsać, przenosić z miejsca na miejsce, rozmawiać z nim itp. Ponad to chorego należy ogrzewać, a nawet rozcierać całe ciało przy pomocy szczotek lub lnianych szmatek.

Przy zatruciach środkami podniecającymi staramy się wywołać u chorego wymioty, a potem umieszczamy go w łóżku i w razie potrzeby przytrzymujemy, aby rzucając się nie zrobił krzywdy sobie i otoczeniu. Chorym takim nie wolno podawać żadnych lekarstw aż do chwili przybycia lekarza, który zarządzi odpowiednie postępowanie.

Zaczadzenie

Podobne objawy jak przy zatruciach środkami nasennymi daje zaczadzenie, tj. zatrucie tlenkiem węgla oraz gazem świetlnym, który zawiera wielkie ilości tlenku węgla.

Gaz ten (czad, tlenek węgla) tworzy się przez spalanie węgla przy niedostatecznym dopływie powietrza, naskutek zbyt wczesnego zakręcenia pieców domowych oraz w wadliwie zbudowanych piecach i palnikach. Tlenek węgla znajduje się również w wielkich ilościach podczas pożarów w palących się domach. Podczas ostatniej wojny wiele osób uległo śmiertelnemu zatruciu tlenkiem węgla w źle przewietrzanych schronach przeciwlotniczych, zwłaszcza w tych, które znajdowały się pod płonącymi domami. Ten trujący gaz często znajduje się również w kopalniach, na dnie studni, jarów i parowów górskich.

Lekko zaczadzeni, który nie stracili jeszcze przytomności są jakby zamroczeni, zataczają się przy chodzeniu oraz skarżą na bóle i zawroty głowy. Twarz takiego chorego jest zaczerwieniona, oczy nastrzyknięte krwią — robi on wrażenie pijanego.

Przy ciężkich zatruciach tlenkiem węgla chorzy są nieprzytomni, skóra na twarzy i wargach ma kolor siny lub ciemno - wiśniowy, oczy są szeroko otwarte i źrenice rozszerzone, a oddech nieregularny i charczący. Jeżeli ratunek nie nastąpi dostatecznie szybko, chory umiera.

Ratując zatrutych tlenkiem węgla nie należy zapominać, że gaz ten, jako cięższy od powietrza, gromadzi się zwykle w dolnych jego warstwach, a najczęściej w piwnicach, na dnie studni, okopów, rowów itp. Sanitariusze schodzący po zagazowanego do takich miejsc powinni być zaopatrzeni w specjalne maski, gdyż pochłaniacz zwykłej maski przeciwgazowej w tych wypadkach nie wystarcza.

Pierwsza pomoc. Zatrutego należy przede wszystkim wynieść na świeże powietrze (w zaczadzonych pokojach otworzyć szeroko drzwi i okna w celu wywołania przeciągu). Gdy oddychanie osłabło lub stało się przerywane należy natychmiast zastosować sztuczny oddech, uwolniwszy przed tym jamę ustną z nadmiernej ilości śliny lub piany. Po przywróceniu choremu oddychania, układamy go w łóżku i ogrzewamy za pomocą poduszek elektrycznych lub butelek z gorącą wodą. Gdy tylko chory odzyska przytomność i może połykać, należy mu podać nieco gorącej kawy lub herbaty.

ZGŁĘBNIKOWANIE DWUNASTNICY

Przybory potrzebne do wykonania zabiegu:

1. Sonda dwunastnicza (wygotowana w sterylizatorze);
2. parafina w słoiku;
3. 20 — 25 probówek oznaczonych literami A i B. Probówki umieszczone są na statywie lub w słoiku wysłanym watą względnie ligniną;
4. kartki z nazwiskiem i imieniem chorego;
5. nerka;
6. ceratowy fartuch;
7. roztwór magnesium sulfuricum 15 — 25% w butelce lub słoiku;
8. strzykawka 10 lub 20 cm^3;
9. papierki lakmusowe;
10. taca ze strzykawką, 2 ampułki atropiny (0.001).

Przygotowanie chorego

Chory musi być na czczo. Chorego sadzamy na krześle lub na łóżku i osłaniamy z przodu ceratowym fartuchem względnie ręcznikiem, aby w razie wymiotów nie zabrudził bielizny. Przed zabiegiem trzeba choremu wyjaśnić na czym zabieg polega i wytłumaczyć w czym może nam być pomocny.

Badanemu można dać do trzymania nerkę. W ten sposób zajmiemy chorego, a tym samym uniemożliwimy wyrywanie sondy, zakładanie jej bowiem jest nieprzyjemne.

Pielęgniarka staje za chorym z tyłu, jeśli on siedzi na krześle, z boku zaś jeśli siedzi na łóżku.

Wyjmujemy sondę ze sterylizatora, koniec jej maczamy w parafinie, a następnie każemy choremu otworzyć usta i przytrzymując głowę ku tyłowi wkładamy sondę, każąc ją choremu połykać. Musimy zwracać baczną uwagę, czy sonda nie dostała się przypadkiem do krtani. W takim wypadku wystąpi sinica twarzy, duszność, wytrzeszcz oczu. Trzeba wtedy sondę natychmiast wyjąć i założyć po raz drugi.

Z chwilą gdy chory połknie około 30 cm sondy kładziemy go na odpowiednio przygotowane łóżko. Chory musi leżeć na prawym boku na podłożonym wałku, przegięty w pasie, to znaczy z głową i nogami skierowanymi ku dołowi. Wolny koniec sondy wkładamy do probówki umieszczonej na statywie stojącym na podłodze. Leżąc w tej pozycji pacjent co 10 — 15 minut połyka 5 — 10 cm sondy, a ta, dzięki ruchom robaczkowym żołądka, przesuwa się przez odźwiernik do dwunastnicy. Treść wydostającą się z sondy badamy papierkiem lakmusowym, aby sprawdzić czy jest to treść żołądkowa czy też dwunastnicza. Treść **żołądkowa** ma — jak wiemy — odczyn kwaśny, przeto niebieski papierek lakmusowy zabarwi się na czerwono, czerwony nie zmieni zabarwienia. Odczyn zasadowy wskaże nam, że zgłębnik trafił do dwunastnicy. Wydostająca się treść jest koloru jasnożółtego — **żółć A.**

Może się zdarzyć, że po godzinie a nawet półtorej nie otrzymamy jeszcze treści dwunastniczej, mimo iż chory połykał powoli i pozostawał w prawidłowym ułożeniu. Sonda zwinęła się w żołądku i nie przechodzi przez odźwiernik do dwunastnicy. Trzeba zgłębnik podciągnąć, pozostawiając 20—30 cm i kazać choremu powoli połykać na nowo, aż do skutku tj. aż do otrzymania treści zasadowej (papierek lakmusowy zabarwi się na niebiesko).

Po napełnieniu się 7—10 probówek żółcią A, gdy widzimy, że żółć nie wydziela się więcej, należy wstrzyknąć przez sondę roztwór magnesium sulfuricum w ilości podanej przez lekarza. Trzeba chorego uprzedzić, że po podaniu tego roztworu (magn. sulf.) może poczuć się nie dobrze, mogą zjawić się odruchy wymiotne, musi więc zachowywać się spokojnie, oddychać powoli, głęboko, aby nie przerywać zabiegu, który ma się już ku końcowi.

Pod wpływem magnesium sulfuricum żółć z woreczka żółciowego przechodzi do dwunastnicy, gdzie znajduje się ujście dróg żółciowych, w ten sposób otrzymujemy **żółć B** o zabarwieniu ciemnozielonym. Gdy po pewnym czasie zauważymy, że żółć B już się więcej nie wydziela, zawiadamiamy lekarza i na jego polecenie zastrzykujemy podskórnie 1 cm atropiny (0,001).

Po pobraniu 7 — 10 probówek żółci B, ciemnozielonej lub ciemnożółtej, zaczyna się znów pojawiać treść jasnożółta, co świadczy o wypróżnieniu woreczka żółciowego. Wówczas sadzamy chorego i zaciskając zgłębnik tuż przy ustach wyjmujemy ruchem szybkim, lecz ostrożnym. Sondę wkładamy do nerki.

Należy pamiętać, że chory był na czczo i trzeba dopilnować, aby otrzymał śniadanie. Trzeba również zwracać uwagę na chorego, ponieważ może wymiotować.

Probówki opatrzone kartkami z nazwiskiem i imieniem chorego, z zaznaczeniem **„żółć A“ i „żółć B“** odsyła się natychmiast do laboratorium. Trzeba to robić ostrożnie, aby probówek nie potłuc i nie narażać pacjenta na powtórzenie zabiegu, który chociaż niebolesny, jest jednak nieprzyjemny i męczący, gdyż trwa około 2 godzin.

Danuta Kasina

KRONIKA

Z kraju

Po raz pierwszy w Polsce zorganizowany „Tydzień Zdrowia“ miał spełnić trzy postulaty: wzbudzić w społeczeństwie troskę o zdrowie dziecka, spopularyzować osiągnięcia służby zdrowia i wzmóc akcję sanitarną na odcinku ochrony zdrowia matki i dziecka.

Te poważne zadania nie mogą być wykonane w krótkim okresie „Tygodnia“. To też słuszne było założenie Komitetu Organizacyjnego, że „Tydzień Zdrowia“ ma na celu wysunięcie tych problemów, nasilenie akcji na poszczególnych odcinkach i zaciągnięcie najliczniejszych rzesz działaczy społecznych i pracowników służby zdrowia do stałej pracy nad realizacją postawionych postulatów.

Mówiąc więc o wynikach „Tygodnia Zdrowia“, należy pamiętać o tym wycinku programu, który został wysunięty do zrealizowania w czasie między 3 i 9 października.

Kilka tylko cyfr, wyjętych ze sprawozdań poszczególnych Okręgów PCK, zobrazować może wkład pracy i osiągnięcia „Tygodnia Zdrowia“.

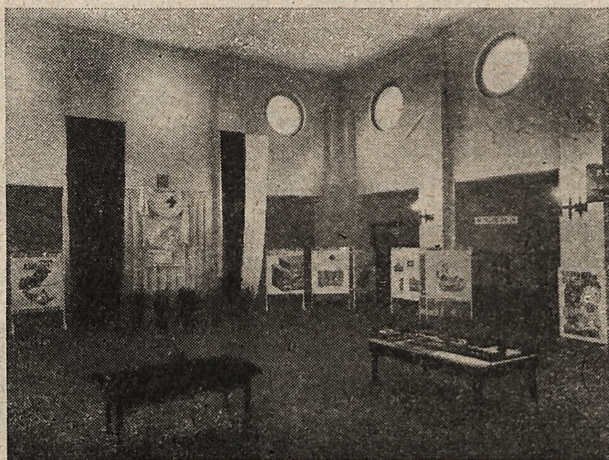
Zorganizowano 38 sal pokazowych, w których wykwalifikowane pielęgniarki demonstrowały i objaśniały metody racjonalnej pielęgnacji, żywienia i wychowania niemowlęcia; wygłoszono liczne pogadanki na te tematy wobec 230.000 osób, które te sale odwiedziły; przeprowadzono szereg innych akcji oświatowych, jak: kursy dobrych matek, przodowników zdrowia, ratowników itp., (kursów takich w ciągu tygodnia zorganizowano ponad 600 przy przeciętnej liczbie 30 słuchaczów na kursie); przeprowadzono około 2000 pogadanek dla ludności wiejskiej oraz prelekcje na fabrykach i zakładach pracy, pogadanki w radio, w szkołach, stałe odczyty lekarskie w szeregu miast. Wszystko to stanowi wielkie osiągnięcie Tygodnia Zdrowia w podniesieniu ogólnej znajomości zasad higieny i pielęgnacji niemowlęcia.

Obok tego, liczne konkursy higieny i czystości na wsi i w miastach oraz specjalne akcje młodzieżowe wniosły swój specjalny wkład w podniesienie kultury sanitarnej.

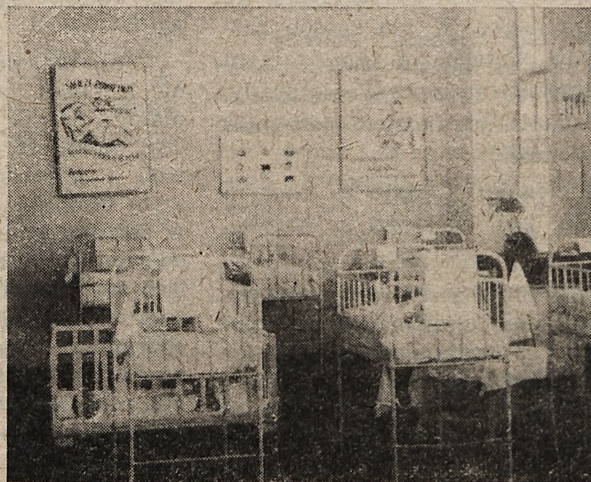
Duże znaczenie również miała akcja ambulatoriów dziecięcych w miastach i wzmożona praca ambulansów ruchomych na wsi. Około 150.000 udzielonych porad i zabiegów lekarskich przy równoczesnym rozdawnictwie witamin, odżywek, tranu, a często i środków higienicznych czy leków — jest wyrazem konkretnej pomocy udzielonej matce i dziecku w „Tygodniu Zdrowia“.



Pracownicy Tramwajów Miejskich w Poznaniu brali czynny udział w akcji „Tygodnia Zdrowia“.
(Foto-Sztuka, Poznań)



Fragment wystawy „Tygodnia Zdrowia“ w Okręgu PCK w Poznaniu.
(Foto-Sztuka, Poznań)



Inny fragment wystawy — sala niemowląt.
(Foto-Sztuka, Poznań)

Te kilka cyfr nie stanowi pełnego obrazu rozlicznych prac, wykonanych w okresie „Tygodnia", a zestawienie ich ma jedynie na celu wykazanie, że zagadnienia zdrowia są coraz bliższe ludności naszego kraju, że potrzeba podniesienia stanu kultury sanitarnej jest coraz bardziej doceniana przez ludność wsi i miast.

Cyfry te obrazują również ofiarną pracę organizatorów „Tygodnia Zdrowia", wśród których nie zabrakło ani jednej instytucji działającej na odcinku zdrowia, oraz ogromny wkład pracy i uspołecznienie pracowników służby zdrowia — lekarzy pielęgniarek i personelu administracyjnego szpitali, ośrodków zdrowia, przychodni, dla matki i dziecka, ZUS-u i in.

Czy „Tydzień Zdrowia" spełnił swoje zadania?

Wracając do wytycznych „Tygodnia", można powiedzieć, że podjęte zostały akcje we wszystkich trzech kierunkach. Wgłębiając się w prace dokonane w tym krótkim czasie oraz analizując postawę zaproszonych do współpracy organizacji i poszczególnych osób, można sądzić, że troska o zdrowie matki i dziecka znalazła pełne zrozumienie w społeczeństwie polskim.

Nowe absolwentki

W dniu 25 listopada 1949 1949 r. ukończyły szkołę Pielęgniarsko - Położniczą przy Ak. Lek. w Gdańsku następujące absolwentki kursu III:



Balińska Michalina
Broniewska Krystyna
Bronk Eleonora
Brzeska Maria
Butrym Irena
Chilewska Danuta
Czaplińska Teresa
Dąbrowska Teresa
Draber Maria
Górecka Stanisława
Jaworska Halina
Jaworska Alicja
Jeziak Wacława
Jurkiewicz Krystyna
Kochanowska Aleks.
Krotow Maria
Łabanowska Teresa
Mellin Maria
Mordas Walentyna
Nowicka Irena
Niecikowska Kazimiera
Piszczelska Leokadia
Połońska Wanda
Rembiszewska Eugenia
Romanowska Helena
Rusińska Filomena
Schlezinger Stefania
Szczaniecka Maria
Smoleńska Maria
Staszkiewicz Otylia
Stobińska Wacława
Szymańska Krystyna
Wąsik Halina
Wiśniewska Magdalena
Zielińska Danuta
Żukowska Anna

Z. Z. P. S. Z.

W celu otoczenia należytą opieką matek i niemowląt, Ministerstwo Zdrowia powierzyło Związkowi Zawodowemu Pracowników Służby Zdrowia akcję rozmieszczenia położnych w osiedlach wiejskich. Akcja ta rozwija się drogą społeczną, nie administracyjną. Nie trzeba uciekać się do ustaw, gdyż na zebraniu w Warszawie, w Zarządzie Głównym ZZPSZ, przedstawicielki sekcji położnych z całego Kraju odniosły się do tej akcji pozytywnie, a nawet z entuzjazmem.

Przy Zarządzie Głównym ZZPSZ powołano Komisję Główną, do której jako członkowie wchodzą: przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, Związku Samopomocy Chłopskiej, Ligi Kobiet oraz przewodniczący i wiceprzewodniczący z pośród członków Prezydium Zarządu Głównego ZZPSZ.

W miastach wojewódzkich, przy oddziałach ZZPSZ czynne będą Komisje Wojewódzkie, do których powołane będą położne oraz przedstawicielki Ligi Kobiet i ZSCh.

Przy rozmieszczaniu położnych na wsi brane będą pod uwagę zgłoszenia dobrowolne i uwzględniane życzenia co do wyboru miejscowości.

Związek Samopomocy Chłopskiej zapewni położnym, osiedlającym się na wsi odpowiednie mieszkania, zaś czynniki państwowe i samorządowe będą współpracować z tą społeczną akcją zapewnienia opieki matkom wiejskim.

„DNI PRZECIWGRUŹLICZE"

1 — 10 grudnia

Główny Komitet Organizacyjny **„Dni Przeciwgruźliczych"** przy Zarządzie Głównym Polskiego Czerwonego Krzyża zawiadamia, że „Dni Przeciwgruźlicze" odbędą się w czasie **od 1 do 10 grudnia br.** pod hasłem s a m o o b r o n y p r z e d g r u ź l i c ą.

W związku z tym, Główny Komitet Organizacyjny „Dni Przeciwgruźliczych" apeluje do wszystkich pracowników służby zdrowia, a szczególnie do lekarzy i pielęgniarek, by na terenie różnych zakładów pracy, świetlic, szkół itp. wzięli udział w akcji oświatowej, celem:

Spopularyzowania osiągnięć służby zdrowia w dziedzinie walki z gruźlicą w okresie od 1945 do 1949 r.;

Uwypuklenia zamierzeń służby zdrowia Polski Ludowej w planie 6-letnim w odniesieniu do powyższego zagadnienia;

Wciągnięcia jak najszerszych mas społeczeństwa do współdziałania z czynnikami państwowymi w walce z gruźlicą;

Szerzenia podstawowych zasad higieny osobistej i zbiorowej w życiu codziennym każdego środowiska dla skutecznej walki z gruźlicą.

Jednocześnie prosimy o dopilnowanie aby miejsca pracy poszczególnych placówek służby zdrowia były w czasie „Dni Przeciwgruźliczych" udekorowane godłami czerwonokrzyskimi i znakiem międzynarodowego komitetu walki z gruźlicą oraz transparentami z hasłami „Dni Przeciwgruźliczych".

Z zagranicy

ZSRR

Rząd Radziecki otacza szczególną troską matkę wielodzietną.

Ustawa 1936 r. przewiduje zapomogę w wysokości 2.000 rubli rocznie na okres 5-ciu lat dla kobiety, która urodziła 5-te dziecko. Kobieta, która urodziła 10 dziecko otrzymuje jednorazową zapomogę w sumie 5.000 rubli oraz 3 000 rubli rocznie.

Od roku 1936 do 1943 państwo wypłaciło wielodzietnym matkom sumę 7 miliardów rubli. W okresie powojennym ustawodawstwo chroniące matkę i dziecko rozbudowano jeszcze bardziej. 8 lipca 1944 r. wyszło rozporządzenie Prezydium Rady Najwyższej ZSRR o „Zwiększeniu pomocy państwowej dla kobiet ciężarnych, matek wielodzietnych, matek samotnych, o powiększeniu liczby instytucji opieki nad matką i dzieckiem, o wprowadzeniu w życie tytułu honorowego „Matka bohaterka" oraz nagród za trudy macierzyńskie". Nowa ustawa przewiduje zapomogę dla matek przy urodzeniu 3-go i każdego następnego dziecka.

Przytoczone fakty są wybitnym dowodem wielkich osiągnięć ZSSR w dziedzinie opieki nad matką i dzieckiem. Carska Rosja wśród państw europejskich miała prawie najwyższy wskaźnik śmiertelności ogólnej, a dziecięcej w szczególności, ZSSR zaś zajmuje od szeregu lat, głównie jeśli chodzi o dzieci, jedno z pierwszych miejsc wśród państw o najniższym wskaźniku śmiertelności.

* *

Liczne szpitale okręgowe starają się wywierać wpływ na poprawę lecznictwa w małych miasteczkach i wiejskich punktach lekarskich. Okręgowy Szpital w mieście Stalino, aby pomóc mniejszym szpitalom, leżącym na terenie swojego okręgu, opracował specjalną metodę wyrażającą się trzema zasadniczymi momentami: systematycznie, dokładnie i stopniowo.

Najpierw zorganizowano brygadę lekarzy-specjalistów, którzy wyjechali w teren, obejmujący jeden rejon. Tam, wespół z lekarzami miejscowymi, pracowali w ambulatoriach i oddziałach szpitalnych.

Praca brygady specjalistów nie ma w sobie nic z inspekcji, czy kontroli, jest pomocą kolegów mających większe doświadczenie niesioną kolegom młodszym. Praca tak pojęta pozwala na poznanie warunków miejscowych, na zaznajomienie się z całym personelem, ich kwalifikacjami, wartością i brakami w ich wykształceniu. To pierwszy etap. Po powrocie brygady i przedstawieniu sprawozdania, do tego samego rejonu wyjeżdża naczelny lekarz szpitala okręgowego w towarzystwie kilku lekarzy i po zorientowaniu się w szczegółach pracy szpitala rejonowego zwołuje zebranie, na którym omawia się najważniejsze

zagadnienia dotyczące szpitala, sposoby i możliwości poprawienia stanu obecnego lub usunięcia usterek. Następnie zbierają się przedstawiciele wszystkich zakładów leczniczych w danym rejonie z udziałem przedstawiciela Rady Rejonowej i sekretarza Rejonowego Komitetu Partii. Na tym zebraniu delegaci poszczególnych zakładów leczniczych referują sprawy organizacyjne itp. aktualne zagadnienia, które niejednokrotnie rozstrzyga się na miejscu. W zebraniu tym biorą udział przedstawiciele wszystkich zawodów służby zdrowia, i poruszają problemy dotyczące podniesienia jakości i wydajności pracy.

Po powrocie z rejonu, lekarz naczelny w dokładnym sprawozdaniu podkreśla braki i motywuje wydane przez siebie zarządzenia. Na podstawie tego sprawozdania Naczelnik Okręgowej Służby Zdrowia rozsyła instrukcje do Rejonowych Naczelników Służby Zdrowia, co ma wielkie znaczenie wychowawcze, bo na omyłkach jednych uczą się inni.

Trzecim etapem pomocy udzielanej przez szpitale okręgowe, stojące na wyższym szczeblu organizacyjnym w stosunku do rejonowych, mniejszych instytucji służby zdrowia, jest po upływie 2 — 3 miesięcy wizyta lekarza z okręgu w rejonie. Wizyta ma na celu sprawdzenie, czy zalecenia dotyczące lepszej organizacji względnie naprawienia dawnych braków zostały wypełnione. O wyniku swojej inspekcji delegowany lekarz informuje Naczelnika Okręgowej Służby Zdrowia.

USA

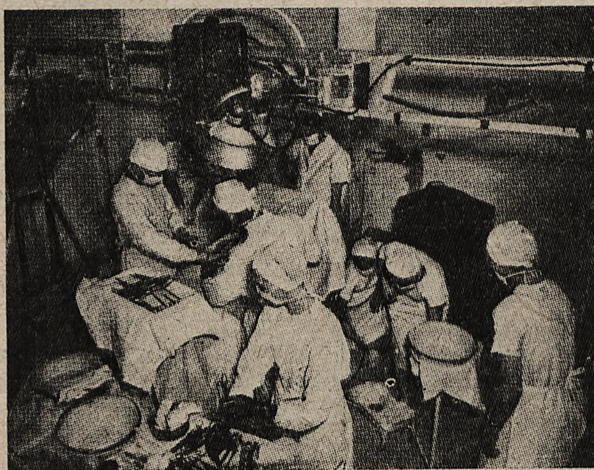
Rozwój publicznej służby zdrowia we wszystkich krajach wpływa na zwiększenie zapotrzebowania na siły pielęgniarskie. Jednak dopływ pielęgniarek dyplomowanych ze szkół pielęgniarstwa nie może pokryć stale wzrastającego popytu. Różne są tego przyczyny: w jednych krajach powodem jest niedostateczna liczba szkół pielęgniarstwa, w drugich zaś niedostateczny dopływ kandydatek do tego zawodu.

Z tych względów wiele państw prowadzi szkolenie pielęgniarek pomocniczych na kursach lub w szkołach, w których okres szkolenia jest znacznie krótszy niż w szkołach dla pielęgniarek zawodowych. Rzecz charakterystyczna, że prawie wszędzie dyplomowane pielęgniarki są przeciwne szkoleniu sił pomocniczych, obawiając się konkurencji co w USA musi wpłynąć równocześnie na obniżenie płac. A jednak zapewnienie należytej obsługi chorym w zakładach leczniczych jest konieczne.

W Ameryce już od 1907 roku istnieją szkoły dla pomocniczych pielęgniarek. Liczba szkół tego rodzaju dowodzi najlepiej, że szkoły takie są potrzebne. Do roku 1930 istniało 10 szkół dla młodszych pielęgniarek. W ciągu ostatniego 5-lecia liczba ich powiększyła się o 33, a obecnie jest ich już ogółem 71. W dniu 1 stycznia 1949 r. ogólna liczba uczennic w tych szkołach wynosiła 2579 osób.

KANADA

W czasie zjazdu Kanadyjskiego Towarzystwa Lekarskiego w Saskatoon w czerwcu br. odbył się drogą telewizji pokaz kilku operacji z miejscowego Szpitala Miejskiego.



Na sali operacyjnej, na specjalnej ramie ponad stołem zainstalowano aparat telewizyjny. Aparat taki wyposażony w 3 soczewki o ogniskowej 50 mm, 90 mm i 135 mm pozwala na zdjęcia z bliska, z nieco większej odległości oraz na zdjęcia całego stołu operacyjnego. Telewizyjny aparat odbiorczy znajdował się na sali posiedzeń odległej 2 kilometry od szpitala. W pokoju zamienionym na studio, gdzie znajdował się ekran telewizyjny, chirurg wybrany przez operującego udzielał wyjaśnień i omawiał szczegóły zabiegu. Odbiór był doskonały. Siedząc wygodnie na sali każdy z obecnych mógł dokładnie śledzić przebieg operacji, operujący zaś nie byli krępowani obecnością widzów. Tej nowej metodzie dydaktycznej wróży się niewątpliwie wielką przyszłość.

BUŁGARIA

Służba Zdrowia w Bułgarii specjalną opieką otacza ludzi pracy i ich rodziny oraz zapewnia im bezpłatną pomoc lekarską.

Przemysł farmaceutyczny jest całkowicie upaństwowiony i zaopatruje w lekarstwa wszystkie apteki społeczne; szerokie warstwy ludności coraz liczniej korzystają z leczenia klimatycznego w uzdrowiskach i tak: w roku 1948 leczyło się 180.000 ludzi, a w roku 1949 sanatoria i domy wypoczynkowe mogły już przyjąć 300.000 kuracjuszów. W chwili obecnej istnieją 142 domy wypoczynkowe, lecz wkrótce liczba ich powiększy się do 155. Wyrazem specjalnej troski ministerstwa zdrowia o matkę i dziecko może być fakt, że liczba zakładów położniczych powiększyła się 16-krotnie w stosunku do liczby przedwojennej; we wszystkich większych zakładach pracy otwarto żłobki; na wsiach w okresie robót letnich organizuje się żłobki sezonowe; Zorganizowano specjalny duży szpital dla dzieci; w każdym ogólnym szpitalu — oddziały dla dzieci; otworzono również wiele profilaktycznych punktów przeciwgruźliczych; wydano ustawę o ochronie macierzyństwa i opiece nad dzieckiem.

Współzawodnictwo w zakładach leczniczych wzmogło zapotrzebowanie na personel fachowy, z tego względu organizuje się nowy wydział lekarski i kilka szkół dla średniego personelu sanitarnego.

SZWECJA

W wielu szpitalach w Szwecji używany jest fotel, skonstruowany specjalnie — jak widać na załączonym rysunku — dla przewożenia do ubikacji chorych niechodzących. Oto co o tym wynalazku pisze dr H. Malmres, dyrektor szpitala w Orebre (Szwecja):

Najdogodniejsza przy defekacji jest pozycja siedząca z podniesionymi kolanami, umożliwia bowiem pracę tłoczni brzusznej. Pozycja leżąca jest z tych względów sprzeczna z fizjologią. W roku 1938 jeden z lekarzy zwrócił uwagę na niepotrzebne w wielu wypadkach stosowanie enemy i częste nadużywanie tego zabiegu. Np. w jednym ze szpitali w okresie 160.000 dni szpitalnych wykonano 60.000 enem. Pacjenci dochodzą do błędnego wniosku, że nawet zdrowi w razie braku wypróżnienia w ciągu jednej doby powinni stosować lewatywy. Doświadczenie wykazało, że na chroniczne zaparcie stol-



ca cierpią bardzo często ludzie po dłuższym pobycie w szpitalu, gdzie przywykli do lewatywy. Kiedy wprowadzono pewne ograniczenia w stosowaniu lewatyw chorzy przyjęli to za brak opieki.

Aby pobudzić i ułatwić samodzielne wypróżnienie skonstruowano krzesło, które pozwala na zachowanie pozycji siedzącej w czasie defekacji, a poza tym nie męczy chorego. Krzesło takie na kółkach można przysunąć do łóżka chorego, a następnie przewieźć go do ustępu i wprowadzić nad sedes. W ten sposób: 1) pacjent unika zmęczenia, 2) defekacja odbywa się w najbardziej dogodnej pozycji siedzącej, 3) zapewnia się choremu spokój i odosobnienie, bardzo ważny warunek dla samoistnego wypróżnienia, 4) nie zanieczyszcza się powietrza na sali chorych i 5) oszczędza wiele czasu na mycie basenów.

Krzesło tego rodzaju znajduje coraz szersze zastosowanie. Używane jest przez chorych pooperacyjnych, przez położnice już na 2—3 dzień po porodzie lub zabiegu, przez wysoko gorączkujących nawet pod warunkiem, że na salach i korytarzach panuje jednakowa temperatura. Chorym na serce oszczędza ono wiele wysiłku.

Stosowanie lewatyw zmniejszyło się bardzo znacznie. Zarówno pielęgniarki, jak i pacjenci wysoko oceniają ten wynalazek. Nie znajduje on zastosowania jedynie u sparaliżowanych i u chorych w opatrunku gipsowym



W księgarniach i kioskach



NOWINY LEKARSKIE

Nr 13/14, rok 1949

Artykuł dr H. BRĘBOWICZA **„Żywienie kobiety ciężarnej"** omawia szczegółowo dietę kobiety w okresie ciąży na podstawie wyników badań z ostatnich lat. Według autora „zapotrzebowanie kaloryczne ciężarnej zwiększa się dopiero w drugiej połowie ciąży w związku ze znaczniejszym rozwojem gruczołów mlecznych, narządu rodnego i płodu".

Rozpatrując składniki pożywienia autor wyraża pogląd, że kobieta w tym okresie swego życia powinna spożywać podwójną ilość białka, w sumie 100—120 g dziennie, oraz 50—60 g tłuszczu. Dostateczne spożywanie węglowodanów wpływa na rozwój i wagę płodu. Szkodliwości wynikające z niedożywienia jakościowego dotyczą przede wszystkim braku witamin.

Następnie autor omawia szczegółowe zapotrzebowanie na sole mineralne.

Artykuł ten naświetla wyczerpująco zagadnienie tak ważne dla rozwoju przyszłego pokolenia, dlatego też polecamy go pielęgniarkom społecznym, pracującym w Poradniach C. Pielęgniarki znajdą tam materiał zarówno do pogadanek dla kobiet ciężarnych, jak też do wskazówek udzielanych kobietom indywidualnie. Pomoże to zwalczyć wiele przesądów i mylnych mniemań w sprawie żywienia kobiet w okresie ciąży.

ZDROWIE PUBLICZNE

Nr 7/8 (15/16)

Szczupłość miejsca nie pozwala na szczegółową recenzję każdego numeru tego ciekawego miesięcznika, w którym pielęgniarki mogą znaleźć wiele cennego materiału dla pogłębienia swych wiadomości i wykorzystania w swej codziennej pracy.

W nr 7/8 polecamy pielęgniarkom społecznym artykuł prof. dr E. Palucha „Organizacja polikliniki chorób zawodowych", w którym autor podaje krótki rys historyczny rozpoznawania chorób zawodowych i ich opis, a następnie kreśli zadania stojące przed poradnią chorób zawodowych.

Dla pielęgniarek społecznych, zatrudnionych w wiejskich ośrodkach zdrowia, ciekawy i pouczający jest artykuł dr **J. Krupińskiego** pt. „O sprawozdawczości w wiejskich ośrodkach zdrowia". Zagadnienie sprawozdawczości jest trudne i dla wielu pielęgniarek „nudne", a jednak suche na pozór liczby mają swoją wymowę, ponieważ na dokładnych i sumiennych sprawozdaniach opiera się w znacznej mierze planowanie na lata następne. W artykule dr Krupińskiego znajdą pielęgniarki wiele wskazówek, które ułatwiają im zestawianie sprawozdań miesięcznych i rocznych.

Doc. dr **A. Ziemiec** w artykule pt. „Wyniki dyskusji biologicznej w ZSSR" omawia zagadnienie biologii w świetle badań Miczurina i Łysenki, którzy stworzyli nową teorję dziedziczności.

W artykule sprawozdawczym „Służba Zdrowia w ZSRR" znajdujemy zasady walki z gośćcem u dzieci, zapobiegania i leczenia uzdrowiskowego.

TREŚĆ

SOMMAIRE



Nasza korespondencja

OB. WŁADYSŁAWA WIJAS, TARNÓW

Zawsze zamieszczamy korespondencję z terenu, zwłaszcza jeśli jest ciekawa i wnosi coś nowego. Niestety Tarnów dotąd milczał i dlatego nie znalazła koleżanka wiadomości o życiu pielęgniarskim w tym mieście. Każde wydarzenie, szczegóły pracy Związku Zawodowego na terenie placówki służby zdrowia, nowe osiągnięcia w pracy pielęgniarskiej, wyniki współzawodnictwa — oto wiadomości, które bardzo chętnie umieścimy w kronice naszego pisma.

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14 PCK, telefony: 8-32-96, 7, 8, i 8-32-78, 9. KONTO PKO: Nr I-8326 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 50,—, kwartalna zł 150,—, półroczna zł 300,—, roczna zł 600,—. CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 40 000 zł, ½ str. 25 000 zł, ¼ str. 15 000 zł, 1/8 str. 10 000 zł, 1/16 str. 7 000 zł, 1/32 str 5 000 zł.

Drukarnia Wyd. „Prasa Wojskowa" w Łodzi. Zam. nr 2905. D-06324.
Nakład 10.000. Manuskrypt otrzymano 10.11.1949 r. Druk ukończono 30.11.1949 r.